



**UNIVERSIDAD
DON VASCO**

UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

INCORPORACIÓN NO. 8727-25 A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**LA INFLUENCIA DE LA AUTOESTIMA EN LOS FACTORES
PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS
ALIMENTARIOS EN LA ADOLESCENCIA**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Karla Tamara Moreno Ramírez

Asesor: Lic. Gisela Mayanín Tafolla Torres

Uruapan, Michoacán a 28 de mayo de 2014.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS

Primero que nada quiero agradecer a Dios por haberme dado la vida y la oportunidad de compartir con mi familia esta etapa que he terminado.

A mis padres gracias a su esfuerzo y dedicación por haberme dado los medios para terminar satisfactoriamente mis estudios ya que sin su apoyo no hubiera sido así.

A mi Mama Lidia que gracia a sus buenos consejos nunca permitió que me rindiera en cada obstáculo presentado.

A mis maestros que estuvieron ahí para resolver mis dudas en cada momento que lo necesite.

ÍNDICE

Introducción.

Antecedentes	1
Planteamiento del problema.	5
Objetivos	6
Hipótesis	7
Operacionalización de las variables	8
Justificación	8
Marco de referencia	9

Capítulo 1. Autoestima.

1.1 Conceptualización de la autoestima.	12
1.2 Importancia de la autoestima.	13
1.3 Origen y desarrollo de la autoestima.	15
1.4 Componentes de la autoestima.	16
1.5 Características de la autoestima.	18
1.6 Pilares de la autoestima.	20
1.7 Medición de la autoestima.	28

Capítulo 2. Trastornos de alimentación.

2.1. Antecedentes históricos de la alimentación.	39
2.2. Definición y características clínicas de los trastornos alimentarios.	40
2.2.1. Anorexia nerviosa.	41

2.2.2. Bulimia nerviosa.	42
2.2.3. Obesidad.	44
2.2.4. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.	44
2.2.5. Vómitos en otras alteraciones psicológicas.	45
2.2.6. Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia.	46
2.2.7 Trastornos por atracón.	48
2.3. Esfera oroalimenticia en el infante.	49
2.3.1. Organización oroalimenticia.	50
2.3.2. Alteraciones de la esfera oroalimenticia.	50
2.4. Perfil de la persona con trastornos en alimentación.	52
2.5. Causas del trastorno alimenticio.	53
2.5.1. Factores predisponentes individuales.	54
2.5.2. Factores predisponentes familiares.	57
2.5.3. Factores socioculturales.	58
2.6. Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio.	59
2.7. Factores que mantienen los trastornos alimenticios.	60
2.8. Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios.	51
2.9. Tratamiento de los trastornos alimenticios.	63

Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados.

3.1. Descripción metodológica.	66
3.1.1. Enfoque cuantitativo.	66
3.1.2. Investigación no experimental.	68
3.1.3. Diseño transversal.	69

3.1.4. Alcance correlacional.	69
3.1.5. Técnicas de recolección de datos.	70
3.2. Población y muestra.	72
3.2.1. Descripción de la población.	73
3.2.2. Descripción del tipo del muestreo.	73
3.3. Descripción del proceso de investigación.	73
3.4. Análisis e interpretación de resultados.	75
3.4.1 La autoestima.	75
3.4.2. Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.	77
3.4.3. Descripción de la correlación entre la autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.	80
Conclusiones.	85
Bibliografía	87
Mesografía	89
Anexos.	

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, los trastornos alimentarios están repercutiendo a la sociedad, ya que un número significativo de los adolescentes padecen de este problema, muchas veces puede ser por la baja autoestima o por su apariencia, la cual puede derivar en el rechazo de la sociedad.

Antecedentes

Existen diferentes investigaciones que abordan individualmente el tema de la autoestima, así como el tema de los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios. Sin embargo, no hay una investigación que abarque exclusivamente a los dos temas de manera relacionada.

La autoestima es el valor que cada persona genera con base a los pensamientos y sentimientos según las experiencias dadas a lo largo de la vida; pues son aspectos importantes para que un individuo tenga una valoración de sí mismo.

Se eligió definir la variable autoestima como “la valoración que la persona realiza de sí misma, basándose en los pensamientos, sentimientos sensaciones y experiencias a lo largo de la vida” (Quiles y Espada; 2004: 20).

En la adolescencia, las mujeres empiezan a preocuparse por su apariencia física y es eso que muchas veces las hace caer en los trastornos alimentarios.

La variable mencionada, es un fenómeno que en la actualidad es mayormente estudiado en dos principales alteraciones, que son la bulimia y anorexia; estas abarcan características de tipo cognoscitivo, fisiológico y motor, de modo que afectan a una importante cantidad de población a nivel mundial.

Los primeros estudios sobre la anorexia se remontan al siglo XIV según Shelley (retomado por López y cols.; 2006), quien menciona que los primeros relatos que hablan sobre esta, refieren que es una enfermedad misteriosa que transformaba a las personas que la padecían y que se caracterizaba por la gran pérdida de peso, originada por una dieta de hambre autoimpuesta.

Por otra, parte la bulimia se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad, seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos, laxantes, diuréticos u otros medicamentos.

La característica esencial de la bulimia es la alteración de la percepción de la forma y el peso corporales (López y cols.; 2006).

Actualmente, se han realizado estudios que abordan la temática de los trastornos alimenticios, tal es el caso de Hernández y cols. (2006), en la cual se propuso identificar la incidencia de sintomatología de trastornos alimentarios, así como el nivel de funcionalidad de las familias y la influencia social que los medios de

comunicación tienen respecto al fomento y aparición de la anorexia y bulimia en habitantes de la ciudad de Saltillo, Coahuila.

Para realizar esta indagación, se tomó una muestra de 100 estudiantes de una preparatoria pública y 100 de una privada, evaluados con un instrumento que abarcaba los siguientes campos: sintomatología, imagen corporal, funcionamiento familiar, influencia social y medios de comunicación.

Los resultados obtenidos destacan que uno de cada cuatro estudiantes padece síntomas relacionados con los trastornos alimentarios, también se encontró un lazo excesivo de dicha variable con la lealtad y dependencia familiar.

Martínez (citado por Moreno y cols.; 2010), menciona que científicos del desarrollo humano, como Peretz, Elkins, Rogers, Maslow, Bettelheim, afirman que la autoestima es una parte fundamental para que el hombre alcance su plenitud y plena expresión de sí mismo.

La persona en su autoevaluación, puede verse con orgullo o vergüenza, esto a considerar que posee el valor o la falta de él.

En el 2009, Moreno y cols. realizaron una investigación en la cual, los temas principales fueron trastornos alimentarios y autoestima, esto incluyó la imagen corporal, la cual fue aprobada y presentada.

Los trastornos en la conducta alimentaria constituyen un problema de salud por su creciente incidencia, la gravedad de la sintomatología asociada, resistencia al tratamiento y por qué se presenta en edades más tempranas.

Se estudió la relación entre las conductas de riesgo de trastorno alimentario, y la imagen corporal en un grupo de adolescentes de secundaria.

Se aplicaron tres instrumentos: el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40), el Cuestionario de la Figura Corporal (BSQ), el Cuestionario de la Evaluación de la Autoestima y un cuestionario de datos sociodemográficos a 298 alumnos: 153 mujeres, 145 hombres con una edad promedio de 13 años.

Se encontró riesgo de trastorno alimentario en un promedio de 8% y en un 10%, la patología instalada, con mayor prevalencia en las mujeres; ambos sexos presentan preocupación por su imagen corporal, niveles medios y bajos de autoestima y una mayor tendencia a presentar trastornos alimentarios en las mujeres.

De manera particular, los alumnos de la Secundaria Don Vasco de la ciudad de Uruapan, Michoacán, no están exentos de presentar estos problemas de autoestima y por lo tanto, de trastornos alimentarios, por tal motivo, la presente investigación se realizó en esta institución educativa.

Planteamiento del problema

De acuerdo con diversos autores, la autoestima puede ser una de las causas principales para que los adolescentes tengan un serio problema alimenticio, debido a que en esta etapa, las jóvenes quieren verse delgadas y bonitas.

Dentro de la Secundaria Don Vasco, muchas alumnas presentan algunas conductas que pudieran indicar la presencia de problemas alimentarios; al respecto, los docentes piensan que la causa principal de este problema es debido a que tienen una baja autoestima y se sienten obesas.

La sociedad también puede ser una de las causas principales para que las adolescentes tengan estos comportamientos, ya que muchas veces se les juzga por la manera de alimentarse. Esto viene a perjudicar a muchas señoritas y caen en los problemas más comunes, que son anorexia y bulimia, ya que lo único que quieren es dar gusto a la sociedad, pretendiendo verse delgadas.

Según diversos autores, tener una autoestima muy baja repercute en el tipo de alimentación que se lleva, ya que los individuos comen muy poco o se vuelven muy escrupulosos en su alimentación.

Sin embargo, en la Secundaria Don Vasco no se ha investigado de manera suficiente la relación que existe entre estos dos fenómenos. Por todo lo anterior, en esta investigación se pretende dar respuesta a la siguiente pregunta.

¿En qué medida influye el nivel de autoestima sobre los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios?

Objetivos

Las directrices que enseguida se enuncian, fueron propuestas con la finalidad de conservar la orientación científica del estudio y aprovechar al máximo los recursos disponibles.

Objetivo general

Verificar la relación que existe entre la autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios de las estudiantes de la Escuela Secundaria Don Vasco, de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Objetivos específicos

1. Definir el concepto de autoestima.
2. Describir los principales factores que conforman la autoestima.
3. Analizar concepto de los trastornos alimentarios.
4. Identificar los factores psicológicos asociados con los trastornos alimentarios.
5. Evaluar el nivel de autoestima en las estudiantes de la Escuela Secundaria Don Vasco.

6. Cuantificar los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en las estudiantes de la Escuela Secundaria Don Vasco

Hipótesis

La realidad examinada se explicó mediante las siguientes suposiciones tentativas surgidas a partir de una primera revisión bibliográfica. Tales explicaciones tentativas fueron puestas a revisión para que se confirmara una de ellas.

Hipótesis de trabajo

Existe relación significativa entre el nivel de autoestima y la presencia de factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios en las alumnas de la Secundaria Don Vasco de Uruapan, Michoacán.

Hipótesis nula

No existe relación significativa entre la autoestima y la presencia de factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios en las alumnas de la Secundaria Don Vasco de Uruapan, Michoacán.

Operacionalización de variables

En el presente estudio, se tomó como indicador de la presencia de la variable autoestima, el puntaje normalizado que arrojó la administración de test psicométrico denominado Inventario de Autoestima, del autor David Coopersmith (referido por Brinkmann y Segure; 1988). Esta prueba psicométrica posee los estándares de validez y confiabilidad exigidos por la comunidad científica de la psicología.

Para la variable de trastornos alimentarios se tomó el resultado que se obtuvo con la administración del test del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2), del autor David Garner (1998). Dicho instrumento cuantifica los indicadores psicológicos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria, lo cual es medido en 11 escalas y los resultados son presentados en percentiles.

Justificación

Este apartado habla sobre los beneficios del presente estudio a la Secundaria Don Vasco y el impacto a la psicología.

La presente investigación beneficia directamente a la institución porque hasta la fecha no ha habido un estudio en el cual se indique si existe una relación o no entre la autoestima y los trastornos alimentarios.

Para poder abordar a fondo estos temas, fue aplicada una serie de pruebas con las cuales los resultados arrojados fueron confiables y asimismo, se podrán reproducir las técnicas a utilizar, con las cuales los miembros de esta institución, una vez identificado el problema, podrán brindar apoyo a las alumnas que presenten síntomas o ya tengan problemas más serios.

Este estudio tendrá un impacto notable sobre la psicología, debido a que brindará aportaciones que ayudarán tanto a profesores como a padres de familia no solo de esta institución, sino a todos los que estén en contacto con este tipo de trastornos.

La investigación se relaciona directamente con la psicología, ya que se están abordando dos variables importantes dentro de este campo de estudio y la principal, consiste en saber y dar a conocer si la autoestima tiene o no influencia en las alumnas que presentan problemas de trastornos alimentarios.

Marco de referencia

En este apartado se mencionan algunos aspectos que caracterizan a la institución en donde se llevó a cabo la investigación, con el propósito de contextualizar a los lectores.

Esta institución lleva por nombre Secundaria Don Vasco, A.C., es incorporada a la Secretaría de Educación en el Estado. Se fundó en el año de 1991, ofreciendo a

la población de Uruapan, Michoacán, el servicio educativo de secundaria para los tres grados.

Esta escuela se encuentra ubicada en la calle Cuauhtémoc #6, en el barrio de San Miguel, muy cerca del centro de esta ciudad. La institución está conformada por 105 alumnos de primero, 108 de segundo y 108 de tercero, así como 20 docentes, 10 como personal de apoyo y dos directivos.

Su construcción cuenta con un edificio y un campo de áreas verdes; al costado, cuatro salones y cuatro oficinas, entre ellas, las de los directivos.

La misión principal es ofrecer a los jóvenes de Uruapan y la región, una formación integral, para que desarrollen aquellas habilidades, destrezas, conocimientos y aptitudes que les permitan participar en el mercado laboral con una orientación social, nivel competitivo y mejorando su calidad de vida familiar.

La visión de esta escuela es ser la institución educativa número uno de la región, que ofrece formación profesional y humana en diversos niveles, así como actualización académica presencial y a distancia mediante una organización altamente competitiva.

Las variables presentadas en este proyecto son muy importantes para esta escuela ya que años atrás se presentó el problema de trastornos alimentarios, por tal motivo, resulta por demás importante brindar técnicas para el trabajo de estas variables a los profesores.

CAPÍTULO 1

AUTOESTIMA

Al iniciar el marco teórico será necesario definir la variable autoestima, una vez cubierta esta tarea, será necesario profundizar sobre la temática para conocer más de esta.

Con ese fin, se dan a conocer los componentes y características más comunes de dicha particularidad, para poder concluir con la mención de diversos autores y sus diferentes puntos de vista con respecto al tema

1.1. Conceptualización de autoestima.

Carrión (2007: 15) definió la autoestima como “el conjunto de creencias y valores que el sujeto tiene acerca de quién es, de sus capacidades, habilidades, recursos y potencialidades pasadas, presentes y futuras que le han conducido hasta donde está y que le llevarán hasta donde crea que puede llegar”.

La autoestima es la actitud hacia uno mismo, la cual implica una aceptación, explicada por modelos basados en diferentes teorías de la personalidad, con la cual el sujeto puede enfrentarse consigo mismo y con su forma de pensar, amar, sentir y comportarse (Alcántara; 1990).

La autoestima se genera como resultado de la historia que cada persona tiene, ya que es el fruto de una larga y permanente secuencia de acciones y pasiones que se van configurado en el transcurso de la existencia.

Según Branden (2010: 17), “la autoestima es estar dispuestos a ser conscientes de que somos capaces de ser competentes para enfrentarnos a los desafíos básicos de la vida, y de que somos merecedores de la felicidad, así como una necesidad básica del ser humano que es esencial para el desarrollo de la vida”.

Para Branden (2011), la autoestima es la experiencia fundamental de que se puede llevar una vida significativa, también se puede decir que es la confianza en la capacidad de pensar y de enfrentarse a los desafíos básicos de la vida.

Coopersmith en 1967 definió autoestima como “la evaluación que hace y mantiene habitualmente la persona con respecto a sí misma: aquí es donde expresa una actitud de aprobación, o desaprobación e indica el grado en el que el individuo se cree capaz, destacado, con éxito y valioso. (...) En resumen, la autoestima es un juicio personal sobre la valía que se expresa en las actitudes que el individuo manifiesta hacia sí.” (Crozier; 2001: 205).

1.2. La importancia de la autoestima

La autoestima es una necesidad básica de ser humano, que resulta esencial para el desarrollo normal y sano de la persona; debido a que es muy importante para

la supervivencia. Hablando de una manera muy general, tanto para hombres como para mujeres, si se confía de una forma realista en la mente y en el valor que se da cada ser humano, se suele responder más favorablemente a los desafíos que se presenten (Branden; 2010).

Cuanto más alta es la autoestima, se tiene mayor disposición a tener relaciones positivas con las demás personas. Los hombres y mujeres que confían en ellos mismos, se sienten atraídos unos por otros de una forma natural.

Cuando el ser humano tiene un sano nivel de autoestima, tiende a tratar bien a los demás y a exigir que se les trate bien. Es importante destacar que la autoestima es una experiencia íntima, que reside en el propio ser sobre lo que la persona siente y piensa sobre sí.

La admiración de los demás no necesariamente crea una autoestima, en cambio, puede ayudar para sentirse mejor; cabe aclarar que tener comodidad, no es lo mismo que tener una sana autoestima.

A lo largo de la historia, la autoestima ha sido un rasgo que pocas culturas han valorado en las mujeres. “La femineidad se identificaba con la pasividad, no con la afirmación; con la complacencia, no con la independencia, sino con la dependencia” (Branden; 2010: 23).

1.3 Origen y desarrollo de la autoestima.

Tener autoestima significa estar orgulloso de sí mismo, y experimentar ese sentimiento desde el interior. Sin autoestima, las personas dudan de sí mismas y ceden frente a la presión que hacen los demás.

La autoestima se basa en hechos y verdades, en logros y capacidades, de modo que cuanto mayor y más fuerte sea la autoestima, mejores condiciones se tendrán para enfrentar la vida (Kaufman y cols.; 2005).

El núcleo de la familia es muy importante debido a que es la primera institución responsable de formar una sana autoestima desde pequeños, por múltiples razones que se sitúan como fundamento actitudinal de toda persona (Alcántara; 1990).

Diversas familias presentan un cuadro de conductas, pautas, experiencias y modelos desfavorables para el crecimiento de una autoimagen positiva. Hay padres con poca autoestima para sí mismos; esa actitud se transparenta de varias maneras y llega hasta los hijos (Alcántara; 1990).

Se puede mencionar que utilizando la forma adecuada de fortalecer el autoconcepto de los hijos, se formará una alta autoestima, por lo cual es muy importante fomentar que los menores se sientan miembros de la familia, dando valor a sus opiniones y aportaciones.

Los padres deben valorar las características singulares, raras y distintivas de sus hijos, para hacerlos sentir felices, únicos e irrepetibles.

El desarrollo de la realidad individual y la capacidad de la autoestima están considerados como un proceso, debido a que su desarrollo y la autoestima se complementan entre sí; por tal motivo es imposible avanzar en el camino de la evolución humana sin una estima correcta y sin un crecimiento adecuado (Carrión; 2007).

La autoestima implica necesariamente que cada persona sienta el valor que tiene, que tenga la certeza de ser indispensable y eficiente, para que no exista una imagen distorsionada de la realidad. Por otra parte la autoestima se encuentra directamente vinculada con la personalidad, tanto la real como la ficticia o egótica.

La autoestima no es simplemente una idea o un sentimiento, es una fuerza que genera la motivación de las conductas, esto hace que cada individuo reconozca sus capacidades.

1.4 componentes de la autoestima

Según Alcántara (1990), es muy importante tener en cuenta los componentes de la autoestima, uno de ellos es el constituyente cognitivo, el cual indica idea, opinión, creencia, percepción y procesamiento de la información.

Este es un marco de referencia por el cual se da significado a los datos aprendidos sobre uno mismo o sobre los demás.

El siguiente componente es el afectivo el cual conlleva la valoración de lo positivo y negativo de uno mismo, es decir, la respuesta de la sensibilidad y emotividad ante los valores y contravalores que hay dentro del ser humano. En este elemento se hace una valoración del sentimiento, admiración o desprecio, el afecto y el gozo de uno mismo (Alcántara; 1990).

El tercer elemento propuesto es la autoestima, que significa tensión, intención y decisión de actuar, de llevar a la práctica un comportamiento consecuente y coherente, debido a que es el proceso en donde la autoafirmación se dirige hacia el propio yo, en busca de consideración y reconocimiento por parte de los demás.

Sin embargo, Carrión (2007) hace referencia a dos componentes distintos que para él son fundamentales para la autoestima y su desarrollo. El autor menciona la eficacia personal, sobre la cual señala que “se basa en un perfecto equilibrio de las tres cualidades humanas fundamentales que son: sinceridad, valor y prudencia” (Carrión; 2007: 25).

El componente anterior es el que brinda una fuerza importante para afrontar la realidad, el trabajo, el esfuerzo y las limitaciones que surjan en la vida de cada individuo.

El último componente que Carrión (2007) propone, es el respeto a sí mismo o sentido del valor personal, el cual se refiere a la parte en que se da la reafirmación de la valía personal, del derecho a vivir y ser feliz.

Esto consiste en ajustar la vida a la realidad o lo más próximo que se pueda, para no distorsionar la autoimagen y estima de esta.

Desde otra perspectiva, Branden (2008) menciona dos componentes, que son:

- 1) Que cada individuo confíe en la capacidad de sí mismo, para pensar, aprender elegir y tomar decisiones correctas, teniendo facilidad para superar cualquier tipo de reto presentado.
- 2) El respeto por uno mismo, o la confianza en su derecho a ser feliz, y por extensión, confianza en que cada persona es digna de sus propios logros y las realizaciones que sean presentadas en sus vidas.

1.5 Características de la autoestima.

De acuerdo con Branden (2011) las características de una alta autoestima son:

- Proyección de placer.
- Expresar tranquilidad al momento de hablar de los logros o defectos, de forma directa y honesta.

- Mostrar tranquilidad y espontaneidad al momento de expresar palabras y movimientos.
- Tener una actitud de curiosidad y estar abierto a nuevas ideas.
- Transmitir un comportamiento firme consigo mismo y con los demás.
- No presentar intimidación a los sentimientos de ansiedad o inseguridad.
- Expresar flexibilidad al momento de responder a situaciones y desafíos.

Y agregan Clark y cols. (2000) que un adolescente con autoestima sana:

- Actuará independientemente, elegirá y decidirá por sí solo cómo emplear su tiempo, su dinero y sus amistades.
- Asumirá sus responsabilidades, actuando con seguridad en sí mismo sin la necesidad de pedírselo.
- Afrontará nuevos retos con entusiasmo, le interesarán tareas desconocidas y nuevas situaciones que aprender.
- Estará orgulloso de sus logros, al tener confianza en sí mismo.
- Demostrará amplitud de emociones y sentimientos, sabiendo reír, sonreír, gritar y llorar espontáneamente.
- Tolerará bien la frustración, al ser capaz de hablar de lo que le sucede.
- Se sentirá capaz de influir en otro.

Sin embargo, cuando un adolescente no tiene una adecuada autoestima:

- Desmerecerá su talento, siempre expresando que no puede, a todo lo que se le presente.
- Sentirá que las demás personas no lo valoran, se percibirá inseguro de sí mismo y los afectos que le brinden sus familiares y amigos.
- Se sentirá impotente, sin tener una actitud para poder superar retos presentados.
- Se dejará influir por los demás, cambiando sus ideas y puntos de vista.
- Tendrá pobreza de emociones y sentimientos.
- Se podrá a la defensiva y se frustrará con facilidad, es aquí cuando se mostrará incapaz de aceptar críticas y peticiones, anteponiendo justificaciones para su comportamiento.
- Echará la culpa a otros de sus debilidades, rara vez admitirá sus errores.

Por otro lado, cuando la persona tiene una imagen negativa de sí misma y poca autoestima, se siente desplazada, se cree incapaz de hacer las tareas que le correspondan, esto la lleva a cerrarse ante diferentes planteamientos y posibilidades de obtener éxito.

1.6 Pilares de la autoestima.

Branden (2011) menciona los seis factores que resultan fundamentales para sustentar la autoestima, los cuales son los siguientes:

1. La práctica de vivir conscientemente.

Prácticamente en todas las tradiciones el mundo aparece la idea de que los seres humanos recorren el mundo con los ojos cerrados, es decir, que no se dan cuenta de la realidad que está dentro de su mundo.

La conciencia es una facultad, es el atributo referido a la formación de conceptos de pensamiento abstracto, que la sociedad le llama mente, la cual es la capacidad de dirigirse por sí mismo.

Si no se aporta un nivel adecuado de conciencia en la vida diaria, el precio o la consecuencia es un sentido de ineficacia y de falta de respeto hacia uno mismo. La mente es el instrumento básico de supervivencia.

La autoestima es la reputación que cada ser humano llega a tener para sí mismo; no todos tienen la misma inteligencia, si no que cada quien puede desarrollarla de diferentes maneras.

Vivir de manera consciente significa intentar ser juicioso respecto a todo lo que tiene que ver con las acciones, propósitos, valores y metas.

Estar en el momento sin desatender el contexto, tener la idea de vivir de una manera más consciente, lleva implícita la tarea de estar presente a cada una de las acciones realizadas.

Esto no significa que la consciencia se va a reducir solo a la experiencia sensorial, sino que se hace un contexto más amplio del conocimiento humano.

2. La práctica de la aceptación de sí mismo.

La autoestima es imposible sin aceptación de sí mismo, debido a que está tan estrechamente vinculada a la autoestima, que en ocasiones las ideas se confunden; pero tienen un significado diferente y hay que comprender ambos para saber el significado de cada una. Mientras que la autoestima es algo que se experimenta, la aceptación de sí mismo es algo que se hace.

Este concepto tiene tres niveles de significado, los cuales se van a examinar de una manera más general.

El primer nivel habla de que la aceptación de sí mismo, es estar del lado de la persona, en un sentido más básico. La aceptación de uno mismo se refiere a una orientación de la valoración de sí mismo y el compromiso que se tiene consigo, reconociendo el hecho de estar vivo y ser consciente.

Algunas personas se rechazan a sí mismas a un nivel tan profundo, que no podrán comenzar ninguna labor de crecimiento hasta abordar el problema. Los psicoterapeutas que no comprenden el problema del rechazo o no detectan su presencia, se preguntan por qué varios clientes no mejoran en su persona.

En el segundo nivel, la aceptación de sí mismo supone una disposición de experimentar, es decir, hacer realidad sin negación o evasión de lo que se piensa, se siente o se desea.

La aceptación de sí mismo es la disposición a decir al respecto de cualquier emoción o conducta; es más que reconocer o admitir, simplemente es experimentar, estar en presencia de contemplar la realidad de algo, de integrar la conciencia a la realidad.

Sin embargo, la aceptación de sí mismo es la condición previa del cambio y el crecimiento, así pues, al aceptar los errores, se es libre de aprender de ello y hacer las actividades de mejor manera en un futuro.

Por otra parte, el tercer nivel hace referencia a que la aceptación de uno mismo conlleva la idea de compasión, siendo amigo de sí mismo, la aceptación no niega en realidad lo que está correcto o lo que está mal, sino que indaga en el contexto en el que se llevó a cabo una acción.

El ser humano no es capaz de comprender a los demás sin antes haberse comprendido él, mismo ya que necesita conocer las consideraciones internas que motivan las conductas.

3. La práctica de asumir la responsabilidad de uno mismo.

La responsabilidad de uno mismo es esencial para la autoestima y al mismo tiempo, es un reflejo o manifestación de autoestima. La relación de la autoestima y sus pilares es siempre recíproca.

La práctica de la responsabilidad de uno mismo supone a la admisión de lo siguiente:

- “Yo soy responsable de la consecución de mis deseos.
- Yo soy responsable de mis elecciones y mis acciones.
- Yo soy responsable a nivel de conciencia que apporto.
- Yo soy responsable de elevar mi autoestima.” (REFERENCIA).

4. La práctica de la autoafirmación.

La autoafirmación significa respetar los propios deseos, necesidades y valores, y buscar su forma de expresión adecuada en la realidad.

La autoafirmación no significa beligerancia o agresividad inadecuada, ni abrirse paso para ser el primero o pisar a los demás; no significa afirmar los propios derechos, siendo ciego o indiferente a los de todos los demás.

Significa simplemente la disposición del sujeto a valerse por mí mismo y ser quien es como persona; ejercer la autoafirmación es vivir de una forma auténtica, hablando y actuando según sea su forma de vida.

Si bien la autoafirmación tiene la capacidad de decir que no, en última instancia, poniéndose a prueba, no contra lo que se va, sino con lo que se está, es decir, mantiene sus ideas sin cambiar de opinión, aun cuando los demás están en desacuerdo.

Practicar la autoafirmación de manera lógica es comprometerse con el derecho de la vida y de existir, que consiste en el conocimiento de que cada quien es dueño de su vida y que esta no pertenece a los demás, por lo tanto, cada quien tiene diferentes expectativas y es dueño de su propia vida y su mundo.

La autoafirmación supone la disposición para poder enfrentarse, luchar y poder sobresalir ante los retos que se presenten en la vida diaria, es decir, vencer todos los retos presentados.

En muchas partes del país, así como en la tradición americana, existe un miedo a la autoafirmación, es decir, no en todas las culturas se le da valor al individuo como en la mexicana.

Sin embargo, aunque no sea mucho el valor de autoafirmación que se dé en América, se le otorga más valor a la palabra del hombre que de la mujer, gracias a

esto, las personas con un sentido de identidad poco desarrollado, piensan que su punto de vista será desaprobado para la persona y para la sociedad.

5. La práctica de vivir con propósito.

Vivir con propósito es utilizar las facultades para poder llegar a las metas propuestas, por ejemplo: la meta de estudiar, de crear una familia, de ganarse la vida, de empezar un nuevo negocio, de resolver los problemas económicos. Estas son algunas de las metas que impulsan a la persona a aplicar sus facultades para la vida diaria.

Vivir con propósito es vivir productivamente, la productividad es el acto de conservación de la vida, plasmando las ideas a la realidad.

Los hombres y mujeres con propósitos se fijan metas productivas de acuerdo con sus capacidades. Una de las maneras en que se revela un concepto en sí mismo es el tipo de metas que se fijan, dando una aportación desde diferentes puntos de vista para, hacer la interpretación de los propósitos.

Asimismo, si se conoce el tipo de metas que se fijan, es mucho lo que se puede conocer sobre los demás y saber lo que piensan o consideran de acuerdo con sí mismos.

Vivir con propósito y productivamente exige cultivar en las personas la capacidad de autodisciplina; esta es la capacidad de organizar la conducta de acuerdo con el tiempo y lugar en donde se encuentre.

La autodisciplina consiste en la capacidad de posponer la gratificación inmediata de una meta lejana; es la capacidad de proyectar las consecuencias al futuro de pensar, planificar y al actuar a largo plazo.

Es muy importante mencionar que una vida con propósito y autodisciplina no significa que carezca de tiempo y espacio, simplemente implica estar consciente sabiendo que se realizará algo seguro y adecuado.

Sin embargo, como forma de actuar en el mundo, la práctica de vivir con propósitos hace ciertas suposiciones básicas:

- Asumir la responsabilidad de la formulación de las metas y propósitos de manera consciente.
- Interesarse por identificar las acciones necesarias para conseguir las metas.
- Controlar la conducta para verificar si esta concuerdan con las metas.
- El controlar la conducta para hacer la verificación que concuerda con las metas es muy importante tener planes y metas definidas

6. La práctica de la integridad personal.

A medida de que se madura y cada ser humano desarrolla sus propios valores y normas, la cuestión de la integridad personal asume una importancia cada vez mayor valoración de sí misma.

La integridad consiste en la integración de los ideales, convicciones, normas y creencias, por una parte, y por otra, la conducta. Cuando esta es congruente con los valores, cuando se llegan a concordar los ideales y la práctica, se tiene integridad.

La integridad significa congruencia, concordancia entre las palabras y el comportamiento.

1.7 Medición de la autoestima

La autoestima es una variable que en la actualidad ha sido muy importante, debido a que existen indicadores sumamente claros para hacer la identificación de esta.

Existen diversos indicadores que permiten hacer una distinción y medición sobre la autoestima; una vez distinguida, puede ser clasificada como alta, media o baja.

Para González-Arratia (2001), la autoestima alta implica hacer una distinción entre los sujetos, que permite a su vez que se consideren buenos o suficientemente buenos; cuando la persona se siente digna de ser estimada por los demás, se respeta, vive e invita a vivir con integridad, muestra honestidad, responsabilidad, comprensión, amor, confianza en sus competencias y en sus decisiones.

Las personas con alta autoestima tienden a ser capaces de reconocer sus limitaciones y sus capacidades como seres humanos.

Cuando la autoestima es alta, comúnmente permite que el individuo piense que es bueno o suficientemente bueno, se respeta por lo que es, vive y comparte la integridad, honestidad, responsabilidad, comprensión y amor.

Comúnmente, este tipo de autoestima se encuentra asociada a la salud mental debido a que la persona es funcional y adaptativa. Un individuo con autoestima alta siempre se siente importante.

Según Rodríguez, Pellicer y Domínguez (referidos por González-Arratia; 2001), las personas que tienen autoestima alta tienen una gran facilidad para hacer amigos fácilmente, mostrando entusiasmo al presentarse nuevas experiencias en su vida, cooperando y respetando las reglas sin importar si son o no sus ideales.

Por consiguiente, cuando se tiene una autoestima alta, se actúa de manera independiente, teniendo el valor de afrontar nuevos retos y sintiéndose orgulloso de los logros, emociones y sentimientos que está presentando.

Sin embargo, Coopersmith (retomado por González-Arratia; 2001) señala que los individuos con una alta autoestima, realizan sus actividades con el sentimiento de que harán lo correcto, y por lo tanto, creen que ese esfuerzo que mantienen los llevará a mejores situaciones, aceptando las opiniones de los demás, debido a que creen y confían en sus reacciones, y en la toma de sus decisiones, por lo cual pueden mantener sus ideas aunque existan muchos puntos de vista diferentes.

La autoestima elevada conduce a la persona hacia la independencia social, dando paso a las acciones más acertadas, siempre y cuando se tenga una participación activa en sus grupos sociales, a la vez de que expresa sus opiniones claramente.

Para esto Coopersmith (señalado por González-Arratia; 2001), expresa que las personas con elevada autoestima se criaron y moldearon bajo condiciones de aceptación de los ideales de cada persona, con una definición clara de las normas y respeto.

Por otra parte, los sujetos con una autoestima media, a diferencia de la autoestima alta, presentan características similares, poniendo en claro lo que les diferencia de las demás personas. En este caso, Coopersmith (citado por González-Arratia; 2001) señala que una persona con autoestima media, la mayoría de las veces se muestra optimista, y tiene una admirable capacidad para aceptar críticas.

La persona con autoestima media siempre trata de estar al pendiente de la aceptación social, y demostrar sus habilidades con mayor frecuencia que las de la autoestima alta.

Por otra parte, los individuos con autoestima baja ofrecen un cuadro desalentador, se sienten aislados, indignos de amor e incapaces de expresarse o defenderse, tienen falta de confianza general de sus habilidades y se aferran a situaciones ya conocidas.

Cuando las personas tienen una baja autoestima, tienden a aislarse de los demás, ya que se sienten incapaces de demostrar lo que sienten o defenderse de las demás personas, sienten que no merecen amor, se menosprecian a sí mismas y ante los demás.

“Existen cuatro causas principales de la baja autoestima como lo son la falta de dinero, de amor, de salud y de atractivo físico” (González-Arratia; 2001: 42).

El aspecto físico también puede mostrar características que indiquen la baja autoestima, al mostrarse nervioso, moviéndose de un lado para otro con una voz débil, postura encorvada y su semblante habitual demasiado tenso.

La mayoría de las veces, entre las características psicológicas de estos individuos, se encuentra el que se muestran ansiosos, vacilantes, inseguros, con

sentido de insuficiencia, piensan que son perdedores, que no sirven para nada, son celosos, envidiosos y desconfiados.

Por lo tanto, se desprecian a sí mismos y a los demás, muestran una necesidad compulsiva por satisfacer a las personas de su alrededor, sin importar lo que ellos sientan o piensen, tienen demasiado interés por el dinero, el poder y el prestigio, así como una gran necesidad de caer bien ante los demás, de ser aceptados, de amar y ser amados.

Por último, Adler (citado por González-Arratia; 2001) puntualiza que los sentimientos de inferioridad pueden producir baja autoestima en las personas; por ello, señala tres antecedentes que pueden tener una influencia negativa en esta, que son:

- Inferioridad orgánica: son las deficiencias físicas (amputación de un brazo, pierna, padecimientos lumbares que imposibiliten el realizar algún movimiento).
- Con la aceptación, apoyo y estímulo de sus padres, las personas con inferioridad pueden compensar estas debilidades y aumentar su autoestima, en caso contrario, son seres amargados.
- Sobreindulgencia: los niños sobreprotegidos y mimados tienden a tener un valor irreal y no pueden tener relaciones sociales maduras.

En su trabajo, Adler seccionó cuatro dimensiones significativas para la autoestima:

- La aceptación, preocupación y respeto por las personas, y la significación que ellos tuvieron.
- La historia de éxitos y la posición que la persona tiene en la comunidad.
- La interpretación que la persona hace de sus experiencias.
- La que tienen las personas de responder a la evaluación.

Uno de los estudios más influyentes es el realizado por Coopersmith en 1967, quien elaboró un cuestionario llamado Self-Steem Inventory (Inventario de Autoestima) para evaluar la autoestima de los niños.

Los reactivos se referían a diferentes etapas de la vida, incluyendo la escuela, las relaciones con compañeros y dentro de la familia. Se administró el cuestionario a una muestra de niños entre 10 y 12 años y con base en sus respuestas, seleccionó a niños con autoestima alta, media o baja.

Una vez hecha la aplicación, Coopersmith pudo identificar cuatro dimensiones de la autoestima que fueron señaladas como: competencia, virtud, poder y aceptación social (Clark y cols.; 2000).

La prueba de Coopersmith fue estandarizada en la Universidad de Concepción, en Chile por H. Brinkmann y T. Segure, su traducción fue realizada por J. Prewitt Díaz (Brinkmann y Segure; 1988).

Después de la primera prueba, se han creado otras pruebas estandarizadas para medir la autoestima como es el muy utilizado TEST estandarizado de Rosenberg, que se presentó por primera vez en 1965 y fue revisado en 1989. Este test es una escala profesional utilizada en la práctica clínica para valorar el nivel de autoestima de los pacientes (sicolog.com).

“La autoestima es la valoración que tenemos de nosotros mismos, de nuestra manera de ser, de quienes somos. Es la valoración que hacemos del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad” (Brinkmann y Segure; 1988: s/p).

También se maneja el Test de Rosenberg, (sicolog.com) del cual, los datos sobresalientes fueron: ficha técnica, su validación, reactivos, rango de edad, materiales para contestar esta prueba y su protocolo.

1) Ficha Técnica:

Nombre: TAE- Batería de Test de Autoestima Escolar.

Nombre Original: Test americano Piers Harris.

Autor: Teresa Marchant, Isabel Margarita Haeussler y Alejandra Torreti.

2) Validación:

El TAE- alumno es un test estandarizado en Chile que tiene normas elaboradas en puntajes T por curso desde tercero a octavo básico y por edad, desde 8 hasta 13 años. El test permite ubicar el nivel de autoestima del niño en categorías que guardan relación con los puntajes T: normalidad, baja autoestima y muy baja autoestima.

3) Edad de aplicación: 9 a 13 años.

Formas de aplicación: individual y colectiva (no más de 12 niños).

Duración de la prueba: entre 15 y 25 minutos.

Área que evalúa: Autoestima en escolares.

4) Materiales Requeridos para su administración:

Para administrar el TAE-alumno se necesita:

- El protocolo que se entrega y debe ser respondido por el niño, ya que permite recoger y registrar los resultados obtenidos por este.
- El instructivo para el examinador, correspondiente al curso o edad del niño, que detalla los pasos a seguir y las instrucciones a dar en la administración del test.
- La pauta de corrección, que identifica las respuestas positivas para la autoestima y las que indican baja autoestima.

- Las tablas de conversión de puntajes, que permiten interpretar los resultados obtenidos por el niño en relación con una norma estadística establecida por curso y por edad, de modo que sea posible establecer si su nivel de autoestima es normal o está bajo lo esperado.

El TAE-alumno evalúa la autoestima de alumnos de educación general básica, mediante la vía de la autopercepción. El TAE- Alumno es un test de screening (proyección) o tamizaje, es decir, es una evaluación gruesa que permite conocer el nivel de autoestima general de niños de tercero a octavo Básico (8-13 años) en relación con una norma estadística establecida por curso y por edad, y determinar si este rendimiento es normal o está por debajo de lo esperado.

Este test se conformó a partir de una selección de ítems del Test americano Piers Harris. Fue elaborado por las psicólogas Teresa Marchant, Isabel Margarita Haeussler y Alejandra Torreti en 1991 y estandarizado en 1997.

El test está compuesto de 23 afirmaciones (ítems) frente a cada una de las cuales el niño debe contestar Sí o No.

El test da un resultado único, no tiene subescalas, y los reactivos que lo conforman pertenecen a las seis subescalas del test original (conducta, status intelectual, apariencia física y atributos, ansiedad, popularidad, felicidad y satisfacción).

El instrumento tiene dos formas de aplicación; una para los niños que cursan tercero básico (8 años) y otra para los alumnos de cuarto a octavo básico (9 a 13 años). A los niños de tercero básico se les entrega el protocolo que tiene los datos de identificación del niño y las 23 afirmaciones, seguidas de un SÍ-NO. Se les lee cada una de las 23 afirmaciones y los niños deben encerrar en un círculo la respuesta (Sí o No) que más se acerca a lo que sienten. Las instrucciones, que deben entregarse en forma muy exacta, aparecen detalladas en el anexo 2 para tercero básico y en el anexo 3, para cuarto a octavo básico (Thomas; 2011).

El tiempo de administración del instrumento varía, según la edad del niño y el grado de dominio lector que tenga, entre 15 y 25 minutos. Se otorga un punto por cada respuesta que sea positiva, desde la perspectiva de la autoestima, y cero puntos por cada respuesta que indique baja autoestima.

De esta forma, el sujeto podrá obtener un puntaje que va de 0 a 23 puntos. En la medida que el resultado final se acerque a 23 puntos, mejor será la autoestima del sujeto evaluado, y será baja mientras más cerca de 0 punto este. En el anexo 4 se encuentra la pauta de corrección del Test, en donde aparecen destacadas (subrayadas) las respuestas positivas para la autoestima (Thomas; 2011).

Al terminar la realización de este capítulo, cabe destacar que se dio a conocer el concepto de la autoestima, tipos y características; se comprendió de dónde viene, así como cuáles son sus características y las consecuencias que ocurren al no tener

una sana autoestima, ya que es algo que actualmente perjudica de una manera muy notable a la sociedad, lo cual se refleja en la manera de ser, de vestir y de expresarse de cada persona. Para finalizar, se muestra una serie de pruebas que se pueden aplicar a personas para determinar si cuentan con alta, media o baja autoestima.

CAPÍTULO 2

TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN

Dentro de este capítulo se desarrollan los conceptos relacionados con los trastornos alimentarios y los problemas más comunes que abarca este tema en la actualidad, los cuales perjudican de una forma muy notoria a la sociedad.

2.1 Antecedentes históricos de la alimentación.

Desde la antigüedad, en la historia de la cultura se han encontrado conductas alimentarias desordenadas, en donde se hacían banquetes con una connotación simbólica, en los cuales el vómito era un procedimiento usual para que las personas volvieran a comer (Jarne y Talarn; 2000).

No todos los cuadros presentados eran manifestaciones de anorexia, debido a que las personas que presentaban ese problema estaban vinculadas con una vida de penitencia y sacrificio.

Desde los años setenta del siglo veinte, se ha tenido una visión más pragmática y heterodoxa del problema, ya que se consideraba que en la génesis de los trastornos debía confluir con un conjunto de factores encadenados: psicológicos, biológicos y sociales, en los cuales se ponderan modelos de tratamiento pluridisciplinar, que

abordan los tres núcleos conflictivos de la anorexia: el peso, la figura y los pensamientos alterados.

Russell en 1979 (citado por Jarne y Talam; 2000), describió un cuadro caracterizado por episodios de ingesta voraz y conductas de purga posteriores, que se consideraba vinculado a la anorexia nerviosa, debido a que algunas pacientes anoréxicas evolucionaban tópidamente en su trastorno, e iniciaban conductas de ingesta voraz y de purga, a la cual se le denominó bulimia nerviosa.

En las últimas décadas, se ha dado un incremento considerable de la obesidad en el mundo occidental; en este fenómeno, los factores sociales ejercen una importante influencia para que se presenten los trastornos alimentarios.

2.2.1 Definición y características clínicas de los trastornos alimentarios.

Los trastornos alimentarios son caracterizados por alteraciones graves de la conducta alimentaria; en este capítulo, son incluidos específicamente la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.

La primera perturbación se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales; a diferencia de la bulimia nerviosa, la cual se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad, seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el ayuno o el ejercicio excesivo.

A pesar de la diferencia de estos trastornos, ambos tienen una característica en común, ya que la mayor alteración de ambas es la percepción de la forma y el peso corporal.

2.2.2 Anorexia nerviosa.

Según Belloch y cols. (1995), la anorexia se distingue por la falta de apetito, este término es habitual para designar un síntoma que se presenta en muchos otros trastornos y enfermedades.

Sin embargo, en la anorexia nerviosa la persona se comporta como un organismo hambriento, no come, pero no deja de pensar cuáles son los alimentos idóneos que debe ingerir para no pasarse de peso, es ahí en donde radica la psicopatología, por el deseo irremediable de seguir perdiendo peso, incluso cuando ya se perdió el porcentaje esperado (Belloch y cols.; 1995).

Pero a diferencia de Belloch y cols., Castillo y León (2005) utilizan este término para aquellos casos que demuestran una pérdida significativa de peso y lo mencionan como una etiología somática conocida.

Para la APA (2002), el término de anorexia es equívoco, porque la mayoría de las veces es rara la pérdida de apetito. La persona con este tipo de trastorno mantiene un peso corporal por debajo de lo normal para su edad y su talla.

Si la anorexia nerviosa se inicia en la niñez o en las primeras etapas de la adolescencia, en lugar de la pérdida puede existir falta en el aumento de peso (APA; 2002).

Las características esenciales de la anorexia nerviosa consisten en el rechazo a la comida y al mismo tiempo, el miedo de mantener un peso corporal normal. Esto significa que muchas veces el miedo a tener el mismo cuerpo de las demás personas es temible y quieren estar más delgadas que las personas de su alrededor.

2.2.3 Bulimia nerviosa.

Para Belloch y cols. (1995), el significado de la bulimia desde un punto de vista clínico, alude a los episodios caracterizados por una gran necesidad de ingerir alimentos con una gran cantidad de calorías; como consecuencia, una vez que la persona ingiere tantas calorías, genera un sentimiento de culpa y tiene la necesidad de devolver los alimentos para remediar el problema.

Sin embargo, para Jarne y Talam (2000), el síndrome bulímico es un trastorno que se caracteriza por un modelo de alimentación anormal, por episodios de ingesta voraz, seguidos por diferentes tipos de maniobras para eliminar las calorías ingeridas.

Durante el proceso de culpa, los pacientes presentan sentimientos de tristeza, desprecio, autocompasión o menosprecio de sí mismos.

La alimentación puede no ser normal, estar restringida por pequeños ciclos de vómito e ingesta. Este trastorno se presenta en las mujeres de los 19 o 25 años, sin descartar que también puede existir durante la adolescencia (Jarne y Talam; 2000).

Sin embargo, dichos autores señalan que existen diferentes autores que aún no llegan a un acuerdo con la objetivación del término; debido a que algunos consideran que tiene que estar debidamente delimitado, llevando un control de la cantidad de comida ingerida y el tiempo invertido. Para otros, los sentimientos de pérdida de control deben prevalecer en el diagnóstico sobre la cantidad ingerida de alimentos.

Pero para la mayoría de los autores, la frecuencia con que se dan las ingestas y las conductas de purga, son objeto de una correcta delimitación del tema. Es decir, mientras más frecuencia haya en estas conductas, es más claro el problema que se tiene.

En la mayoría de los casos, los atracones son siempre llevados a cabo en el máximo secreto, los sujetos intentan tener previstos todos los detalles que se puedan presentar para evitar ser descubiertos (Belloch y cols.; 1995).

Los atracones varían de frecuencia en función del estado de ánimo en el que se encuentre la persona, así como la disponibilidad y la cantidad de alimentos ingeridos durante la crisis bulímica, ya que no obedece a preferencias específicas, sino que actúa de acuerdo con las condiciones en las que se encuentre.

La mayoría de las veces las pacientes bulímicas, después de una ingesta, se hacen conscientes de que lo que comieron les hará ganar peso; esto es inaceptable para ellas, de modo que les provoca ansiedad y un temor muy grande, mismo que resuelven al momento de eliminar lo que han comido a través del vómito (Belloch y cols.; 1995).

La paciente bulímica, al igual que la anoréxica, presenta pensamientos erróneos en relación con los alimentos, el peso y la figura, debido a que esto, le provoca un rechazo a la posibilidad de ser obesa.

Comúnmente, las pacientes que desarrollan un trastorno de alimentación de tipo bulímico, presentan una psicopatología asociada con la depresión y su baja autoestima (Jarne y Talarn; 2000).

2.2.3 Obesidad

Para Belloch y cols. (1995), la obesidad se define como un trastorno crónico, una acumulación excesiva de tejido adiposo en el conjunto corporal, mostrando un contenido graso con diferentes cantidades y proporciones en el hombre y la mujer.

2.2.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.

Castillo y León (2005) hablan de un término en el cual se hace referencia a la ingesta excesiva como una reacción estresante que provoca la obesidad; las causas

para ello pueden ser duelos, accidentes, alguna intervención quirúrgica o acontecimientos emocionalmente estresantes, que pueden dar lugar a una obesidad reactiva.

Este trastorno hace diferencia frente a situaciones en las que el paciente sufre una obesidad y esta desencadena la falta de confianza en las relaciones interpersonales y baja autoestima, así como situaciones en las que la obesidad da como resultado después de los efectos secundarios. A este trastorno también se le puede llamar hiperfagia psicógena (Castillo y León; 2005).

2.2.5 Vómitos en otras alteraciones psicopatológicas.

Los vómitos pueden aparecer repetidos y no autoprovocados, existen cuadros disociativos en los que, como síntoma corporal, se experimenta el vómito; un caso muy común puede ser el embarazo, en donde la mayoría de las veces no es provocado, sin embargo, los factores emocionales pueden facilitar la aparición de vómitos o náuseas recurrentes (Castillo y León; 2005).

Al vómito se le puede conocer también con el término de vómitos psicógenos e hiperémesis gravídica psicógena.

2.2.6 Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia.

El CIE-10 hace referencia a un trastorno que se presenta en la niñez. La característica fundamental es que el niño rechaza los alimentos que se le presentan o tiene conductas muy caprichosas, que son fuera de lo normal respecto a las conductas más comunes.

Todas las dificultades en la alimentación del niño son normales, pero hay un grado en el cual se supera alarmantemente el rango, esto se muestra si el niño tiene una tendencia clara a ganar o perder peso en un periodo de al menos un mes, es aquí en donde la madre o el cuidador tiene que darse cuenta si está frente a un trastorno (Castillo y León; 2005).

Uno de los trastornos de la conducta alimentaria en la infancia es llamado pica o alotriofagia, este trastorno hace referencia cuando el sujeto ingiere de forma persistente alimentos que no son nutritivos y dañan su organismo como la tierra, la pintura o inclusive el papel.

Este trastorno puede aparecer en niños con inteligencia normal, pero generalmente en niños pequeños y antes de llegar a la adolescencia; en el caso de los adultos, esta conducta puede presentarse en sujetos afectados por la psicosis retraso mental o demencia (Castillo y León; 2005).

Por otra parte, dichos autores también hacen referencia al trastorno de rumiación o mericismo, el cual es poco frecuente, pero aparece entre los tres y los doce meses del infante. Consiste en la regurgitación repetida de la comida ingerida y es acompañada por pérdida de peso inesperado, de acuerdo con la edad del menor, debido a que la comida es expulsada y en ocasiones, de nuevo deglutida.

Este problema puede parecer en niños con retraso mental o trastorno generalizado del desarrollo, algunos autores atribuyen el origen del cuadro a una grave alteración de la relación materno-infantil.

Según Bernal, (citado por Jiménez; 1997), el rechazo de los infantes para tomar algún alimento es un comportamiento que se da comúnmente y hasta cierto punto es algo normal.

La mayor o menor gravedad del problema empieza al diferenciar si el rechazo del niño hacia la comida es solo con algún tipo en específico, es ahí cuando los padres deben sustituir ese alimento por otro que tenga las mismas características.

Comúnmente, los niños rechazan los alimentos por el olor, el sabor o por la mayor dificultad al ingerir el alimento, esto pasa comúnmente cuando pasan la etapa del biberón a la papilla, debido a que el niño se niega a realizar el esfuerzo de masticar y prefiere que se lo den triturado (Jiménez; 1997).

Generalmente, cuando se da este tipo de problema, los padres intentan solucionarlo muy escasamente, es aquí cuando se vuelve un problema (Jiménez; 1997).

2.2.7 Trastornos por atracón.

Para Castillo y León (2005), estas perturbaciones se caracterizan por la aparición de atracones recurrentes, en donde el paciente pierde el control de sí mismo y manifiesta algunas conductas típicas de la bulimia.

Una vez realizados los atracones, el sujeto experimenta un gran malestar con sensación de disgusto, culpabilidad e incluso algunos llegan a tener depresión, esto se muestra cuando los sujetos comen de forma rápida, sin hambre y con una desagradable sensación de estar llenos.

Aún no existe una definición suficiente con la que se pueda identificar este problema con claridad y rapidez, sin embargo se conoce que no se muestra una diferencia al presentarse en ambos sexos, sin distinción de raza o alguna otra prevalencia (Castillo y León; 2005).

La edad de inicio se sitúa al final de la adolescencia o al principio de los treinta años de vida, comúnmente aparece después de que la persona realizó una dieta y tuvo una pérdida de peso muy significativa.

Por lo tanto son varios los síntomas desencadenantes de los atracones, para la mayoría de los pacientes tiene mucho que ver con los estados de ánimo, depresión o ansiedad (Castillo y León; 2005).

El hacer dietas y bajar de peso de una manera muy notable, hace que los pacientes se sientan mal y coman, sin importar que en un atracón suban el peso que les costó tanto trabajo perder, es por tal motivo que el trastorno interfiere en las personas (Castillo y León; 2005).

2.3 Esfera oroalimenticia en el infante.

El automatismo oroalimenticio de succión y deglución aparece muy tempranamente. Los movimientos de succión labial, provocados al tocar con los dedos, ya existen desde el nacimiento. El mecanismo de la succión y las acciones oroalimentarias se pueden dar sin la necesidad de tener corteza, rincefalo y sin hipotálamo (Ajuriaguerra; 1973).

Por consiguiente, desde muy temprana edad se da a conocer el reflejo oroalimenticio y una fuente de orientación hacia la excitación, como reacción oral aparece una de las formas de relación con el mundo externo aunque todavía no haya una verdadera relación objetal, entendida como la que tiene el niño con la persona amada (Laforgue, citado por Ajuriaguerra; 1973).

2.3.1. Organización oroalimenticia

La actividad oral es una fuente de satisfacción y necesidad biológica de que haya una nutrición, es también una fuente de contacto mediante la apropiación de un objeto externo, consistente en coger y dejar un juego de labios y de mordisco.

Sin embargo, Freud distingue dos satisfacciones distintas: la satisfacción de saciar el apetito y la erótica oral. “En cuanto el hambre, el recién nacido oscila entre la tensión del hambre y la tensión satisfactoria, posteriormente la búsqueda de satisfacciones comenzará a tomarse hacia la comida, que también es fuente de placer” (Ajuriaguerra: 1973: 179).

Los psicoanalistas consideran la boca como una zona erógena, y la succión como un acto autoerótico, al cual se le añaden las ansias y se vuelve un acto en el cual el menor se apropia de los objetos.

Según Fenichel (citado por Ajuriaguerra; 1973) en muchas religiones el individuo se asemeja al objeto que ha comido o ha llevado a su boca, debido a que se produce la unión con un objeto al incorporarlo.

2.3.2 Alteraciones en la esfera oroalimenticia.

Dentro de las alteraciones oroalimenticias, se muestra la anorexia esencial precoz, la cual se presenta en las primeras semanas de vida o incluso desde el primer

día. Según Levesuqe (citado por Ajuriaguerra; 1973), ese tipo de anorexia se da en un terreno especial, es decir, cuando los niños son de bajo peso, nerviosos o muy despiertos. Al principio muestran pasividad ante la comida; pasados algunos meses, se muestran reacios a comer.

La anorexia del segundo semestre se presenta con más frecuencia, esta se inicia a partir del quinto y el octavo mes cuando es lábil el apetito y se producen grandes cambios en el desarrollo infantil.

Según el comportamiento infantil ante la comida se muestran dos tipos de anorexia:

- 1) La inerte, que se presenta cuando el niño no tiene iniciativa ni coopera; a veces ni siquiera ingiere, se le escapa la leche por la comisura de los labios o incluso vomita lo poco que haya podido tomar.
- 2) Sin embargo J. Cathala (referido por Ajuriaguerra; 1973) menciona la anorexia de oposición, en la cual el bebé reacciona de manera inmediata ante la comida, con chillidos, agitación, no queriendo comer, con rechazo y vómito, los cuales son métodos de los cuales el niño se vale para rechazar la comida ofrecida por los padres

2.4 Perfil de la persona con trastornos de alimentación.

Costin (2003), señala que no es fácil describir el perfil de una persona con riesgo de desarrollar un trastorno de alimentación, porque en general, uno se empieza a dar cuenta del trastorno cuando ya está instalado.

Los trastornos de comer afectan tanto a la personalidad, que se vuelve muy difícil separar los rasgos característicos de la persona como resultado de que ya se instaló el trastorno de comer.

Las personas desarrollan imágenes sobre sí mismas y fabrican su propio concepto acerca de quiénes son, a tal grado de que se puede decir que si el individuo se acepta tal como es, tiene una sana autoestima, y que mientras menos sea parecido a su ideal, se presentará la baja autoestima (Costin; 2003).

En la mujer de la sociedad actual, la autoestima está muy conectada con factores como imagen externa o apariencia, en donde el único interés es cumplir las expectativas de sí mismas para al mismo tiempo, responder a las necesidades de los demás.

Por otra parte, la sensación de la baja autoestima que nace de juzgarse a sí misma, desde la perspectiva de las apariencias, hará que el peso y la figura tengan una gran importancia para la persona (Costin; 2003).

Generalmente, la tendencia del perfeccionismo es muy común entre las jóvenes; los trastornos al comer, el sufrimiento y la sensación de ineficacia, las hace demasiado exigentes, al grado de que nunca se da cuenta si lo que hacen es suficientemente favorable o muy perjudicial.

Habitualmente, los jóvenes no soportan que las circunstancias no estén bajo su control y cuando esto se presenta, les parece muy difícil tomar en cuenta alternativas de salida, y es cuando entran al área de la comida y el peso, dos cuestiones que suponen controlar (Costin; 2003).

Los trastornos de alimentación se desarrollan en el periodo de la pubertad pasando por la adolescencia hasta llegar a la juventud, ya que es una etapa en la que los jóvenes cambian física, sexual y psicológicamente.

2.5 Causas del trastorno alimenticio.

Existen diferentes factores que inciden para las personas tengan un trastorno alimenticio.

Garner (citado por Costin; 2003) señala tres causas principales, las cuales clasifica como:

- 1) Factores predisponentes: significa que hay elementos que se encuentran en el entorno sociocultural y en las características individuales del sujeto de su familia.
- 2) Precipitantes: que se refiere a provocar la aceleración de unos hechos, aquí es donde entra el inicio de una dieta sin control ni el tiempo de pensar lo positivo y lo negativo de esta.
- 3) Perpetuar: hacer de una situación duradera, aquí entra el hacer una dieta, saber si durará lo necesario para sentirse bien o persistirá muy poco esta sensación de sentirse bien por hacer algo, que en este caso fue la dieta.

Comúnmente, una persona se hace más vulnerable para desarrollar un trastorno alimentario cuando se mezclan factores individuales, familiares y socioeconómicos.

2.5.1. Factores predisponentes individuales.

Según Ogden (2005), los factores individuales que influyen en la conducta de comer, hacen hincapié en las creencias, las actitudes y la constitución psicofisiológica de la persona.

Para esta autora, la elección de la comida se produce dentro de una red de significados sociales, algunos de estos se relacionan con el mismo alimento y la persona.

Generalmente, los alimentos representan aspectos importantes en la identidad del sujeto en términos de género, sexualidad, conflictos y autocontrol, así como las formas que son fundamentales para la interacción social, la comunicación, el amor y el poder.

Según Huter (citado por Ogden; 2005) la comida es un complejo que tiene una gran serie de significados según sea la persona, es decir, para cada caso tiene diferente significado.

Este autor también hace mencionar que la comida conlleva prestigio, estatus y riqueza, en pocas palabras, es un medio de comunicación y que interfiere entre las relaciones personales en donde se puede expresar una serie de medios de placer y gratificación personal.

A diferencia de ello, Hunter Strauss (citado por Ogden; 2005) menciona que los alimentos tienen diferentes sistemas en los que son mencionados, sin embargo, destaca cinco que son los más usuales.

1. Comida frente a no comida: este tipo de categoría da una limitación y diferencia entre los alimentos que son y los que no son comestibles.
2. Comidas sagradas o profanas: dentro de esta clase, se le puede dar mayor importancia a algunos alimentos según las creencias religiosas de cada persona.

3. Clasificación de comidas paralelas: es aquí en donde se hace una distinción de víveres fríos o calientes.
4. Comida como medicina y viceversa: es donde se describe la separación y el solapamiento que existe entre la comida y la medicina.
5. Comidas sociales: por último, este autor describe la función social de los alimentos, debido a que la comida tiene una forma específica para que las personas puedan socializar con los demás.

En el apartado anterior se describieron la formas y clasificación de comida más usuales y es por eso que cada persona le da un significado diferente de acuerdo con sus creencias y su tipo de vida.

El alimento puede tener un papel muy importante con respecto a la afirmación del yo de cada persona, debido a que facilita la información que tiene que ver con la identidad personal y actúa como comunicación de las necesidades internas de cada sujeto (Ogden; 2005).

Sin embargo también se menciona que los significados individualizados de la comida también están ligados a la identidad de género, y a la idea de ser hombre o mujer.

Para concluir este apartado, es importante mencionar que los alimentos también representan el autocontrol o la pérdida de este, ya que para las personas es muy importante mantener el control de sus alimentos y esto lo pierden cuando entran en

una dieta tras otra, pensando así que una vez prohibida dicha comida, será más fácil bajar de peso.

2.5.2 Factores predisponentes familiares.

Comúnmente se dice que las familias con poca comunicación, o una interrelación pobre, son las causantes de que exista un problema de trastornos alimentarios, en algunos de sus miembros (Costin; 2003).

La principal causa es la falta de comunicación, muchas veces originando un sentimiento de enojo, ansiedad y culpa. Una vez mostrada la falta de interacción, crecen las posibilidades de que evolucione este trastorno.

No es lo más adecuado adjudicar los problemas a las familias, pero es importante que la sociedad comprenda que tiene que ver con las causas.

Sin embargo esta autora señala ciertas características que necesariamente van a producir el trastorno; por mencionar algunas, las principales son:

1. Cuando hay escasa comunicación entre los miembros de la familia.
2. Mientras existe incapacidad de solucionar los conflictos.
3. Sobreprotección por parte de los padres.
4. Ausencia de límites generacionales, es decir cuando los hijos toman el papel de los padres.

5. Historias familiares que incluyen depresión o alcoholismo.

Las características anteriores producen que las familias caigan en los trastornos alimentarios debido a que no hay una comunicación o cierta confianza, por lo tanto, la consecuencia es que caigan en un problema de donde no pueden salir (Costin; 2003).

2.5.3 Factores socioculturales.

Los factores culturales son muy importantes para las adolescentes, ya que el contexto sociocultural premia la delgadez y tiene prejuicios contra la gordura. Cuando se habla de un cuerpo ideal, no se refieren a uno sano, sino a uno delgado y espectacular (Costin; 2003).

Comúnmente, los trastornos alimentarios son típicos de las sociedades industrializadas dentro del mundo occidental y esto afecta mayormente a las mujeres de otras latitudes.

Sin embargo, Costin (2003) menciona que este tipo de problema no aparece en todas las sociedades, sino que es más común que se presente las personas de la clase media y la clase alta. Cabe mencionar que las mujeres afectadas de la clase baja, son aquellas que por su trabajo se encuentran relacionadas con un ambiente de clase media o alta, en donde se juegan estos problemas y es imposible evitarlos.

La persona que sufre de este trastorno, llega a estar tan obsesionada con la comida, que “dispone de poco tiempo para pensar en estar bien, mucho menos tiene

las condiciones de estabilidad emocional mínimas para tener un buen desempeño en sus actividades, laboral, social y escolar” (Costin; 2003: 60).

Según Costin (2003) la sociedad comunica, de una manera muy clara, que el papel de una mujer es ser atractiva físicamente, para lo cual los medios masivos son muy importantes, debido a que refuerzan la idea en su totalidad.

2.6 Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio.

Para Ogden (2005), cuando el individuo como o no alimentos, puede causar cambios en el tamaño y formas corporales. Comúnmente la inquietud por esos cambios constituye la preocupación por el peso.

Una forma de la preocupación por el peso es la insatisfacción corporal, por tal motivo, esta autora define la imagen corporal, como un cuadro del propio cuerpo que se forma en la mente.

La insatisfacción corporal adopta muchas formas. Diversos autores han conceptualizado la insatisfacción corporal como una estimación deformada del tamaño corporal y una percepción de que el cuerpo es más voluminoso que la realidad (Ogden; 2005).

Comúnmente, los pacientes que están clínicamente definidos, muestran una deformación perceptiva mayor que los sujetos clínicos, sin embargo, se ha evidenciado

que las mujeres con mayor independencia creen que son más voluminosas de lo que son en realidad.

Autores como Stunkard y Sorenses (citados por Ogden; 2005), han demostrado que a la mayoría de las mujeres les gustaría ser más delgadas de lo que ya son y que a diferencia de ellas, los hombres desearían mantener su cuerpo o de lo contrario, ganar más volumen.

Una parte importante de la insatisfacción corporal se manifiesta en los sentimientos y cogniciones negativos acerca del cuerpo, sin embargo, se ha demostrado que las personas con trastornos alimentarios manifiestan mayor insatisfacción corporal que quienes no lo padecen.

Cabe mencionar que las personas que siguen regímenes alimentarios, muestran mayor insatisfacción que las que no siguen dietas especiales y en general, las mujeres manifiestan más insatisfacción corporal que los hombres (Ogden; 2005).

2.7 Factores que mantienen los trastornos alimenticios.

Para Costin (2003), la dieta es uno de los factores importantes para que un trastorno sea mantenido, debido a que el cuerpo está subalimentado, por lo tanto, causa malestar anímico y emocional, lo cual provoca que a la persona le hagan falta fuerzas en su persona, además de que es inevitable que las consecuencias, a su vez, afecten otras áreas.

Cuando aparecen los trastornos, empieza una necesidad por recuperarse físicamente, y no tanto por llevar una adecuada alimentación, sino por verse en el espejo más delgado y esto comienza por hacer una dieta, la cual dará una recuperación de estabilidad orgánica, para así sentirse mejor emocionalmente.

Por otra parte, esta autora señala que otra de las causas que mantienen los trastornos alimentarios es la comida, porque generalmente las personas que padecen estos trastornos, aunque estén realizando cualquier tipo de actividad, están pensando en lo que comerán. Por lo tanto, los pensamientos hacia la comida impiden la concentración en las actividades a realizar.

Generalmente, las personas que padecen este tipo de trastorno, hasta en los sueños se imaginan lo que quieren, lo que les gustaría y lo que desean comer; por tal razón, la comida siempre está presente en ellos.

2.8 Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios.

Para Butcher y cols. (2007), los trastornos de la conducta alimentaria suelen estar asociados con otros problemas psiquiátricos, normalmente los pacientes con anorexia nerviosa suelen cumplir con los criterios clínicos de depresión y con el trastorno obsesivo compulsivo. Se está hablando de los trastornos que son frecuentes en los pacientes bulímicos y anoréxicos.

Por otra parte, también suelen aparecer trastornos por abuso de sustancias, ya sea bulimia o el subtipo purgativo de la anorexia (Butcher y cols.; 2007).

Comúnmente es frecuente que se diagnostiquen trastornos de personalidad comórbida a las personas con trastorno alimentario, debido quienes sufren el trastorno restrictivo de la anorexia nerviosa suelen mostrar trastornos de personalidad del grupo ansioso atemorizado (Butcher y cols.; 2007).

Generalmente, los trastornos de la conducta alimentaria del tipo compulsivo-purgativo están relacionados con el trastorno de personalidad limítrofe. También suele haber trastornos de personalidad entre los pacientes con trastornos por atracones.

Es importante destacar que uno de los problemas que se presentan cuando se examina la personalidad de los pacientes con trastornos, es que algunas de sus perturbaciones podrían deberse a una deficiente alimentación que los llevó a la desnutrición.

Sin embargo Hoek (citado por Butcher y cols.; 2007) ha mencionado que la prevalencia de la anorexia nerviosa se sitúa alrededor del 0.28 por ciento, con una prevalencia a lo largo de la vida del 0.5 por ciento.

En cambio la prevalencia de la bulimia esta alrededor del uno por ciento y su prevalencia a lo largo de la vida entre el uno y el tres por ciento. Cabe mencionar para concluir estas estadísticas, que la prevalencia de estos trastornos realmente es muy baja (Hoek, citado por Butcher y cols.; 2007).

2.9 Tratamiento de los trastornos alimenticios.

Para Rausch (1997), hasta el momento no se ha encontrado una teoría etiológica o de la patogénesis de la anorexia nerviosa que haya logrado una aceptación generalizada.

Actualmente, la anorexia nerviosa tiene fama de ofrecer serios obstáculos para tratamiento, por tal motivo, se han ensayado diversos abordajes terapéuticos que van desde atender los problemas de peso, con una estimación de problemas psicológicos (Rausch; 1997).

Para tener un tratamiento efectivo, es muy importante que el paciente realice cambios en varias áreas que se han desarrollado hasta el presente.

La mayoría de los clínicos incluyen una forma de terapia conductual en el tratamiento de un paciente anoréxico, ya que se basa en el control de un comportamiento observable a través de estímulos que le preceden o le siguen una vez observados.

Para los tratamientos de estos casos, comúnmente existen grupos de autoayuda que están organizados y facilitados por personas que han estado afectadas previamente por un trastorno alimentario.

La característica fundamental de estos grupos es que sus miembros comparten un problema que tuvieron en común, por ello, se brindan ayuda entre sí para trabajar en función de la recuperación.

Los grupos de apoyo liderados por profesionales, se asemejan mucho a un grupo terapéutico y se autodenomina de apoyo, para facilitar la participación a miembros que se sentirán incómodos al incluirse como pacientes.

En la mayoría de los casos, el objetivo de los tratamientos ha sido producir un aumento de peso, para corregir los neurotransmisores hipotéticamente involucrados en el desorden y modificar la ansiedad o depresión de los pacientes.

Desde hace varios años, para diversos autores la terapia familiar para tratar la anorexia nerviosa establece un lugar destacado en el tratamiento, debido a que para estos autores es la terapia más efectiva para combatir el problema (Rausch; 1997).

Por otra parte, Jarne y Talarn (2000) señalan que para el tratamiento de la bulimia, resulta muy importante tener en cuenta si las pautas nutricionales son normales, apoyar al paciente para que tenga una recuperación física, normalización del estado mental y asimismo, brindar apoyo para restablecer unas relaciones familiares y sociales adecuadas para el paciente.

Una vez finalizado el capítulo, conviene recalcar la importancia de que la sociedad se dé cuenta que ha influido para que se presenten estos problemas; cabe

mencionar que una vez detectado el problema, es muy importante que tanto la familia como los amigos influyan para el tratamiento de este y logren superarlo antes de que tenga consecuencias más graves

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Dentro de este capítulo se habla desde cómo se elaboró esta investigación, para poder finalizar con la conclusión, tomando en cuenta su metodología y como se fueron determinando los resultados.

Este capítulo está dividido en tres partes: en la primera se describirán las estrategias metodológicas, en la segunda parte se expondrá el análisis y los hallazgos de campo y en la tercera, se darán a conocer las conclusiones del estudio y los resultados interpretados.

3.1. Descripción metodológica.

En el presente apartado se describen las diferentes características de plan metodológico empleado para la recolección de los datos.

3.1.1 Enfoque cuantitativo.

Existen principalmente dos enfoques de investigación, conocidos como cualitativo y cuantitativo, los cuales son distintos, sin embargo comparten algunas de las características, tomando en cuenta que:

- Llevan a cabo la observación y evaluación del fenómeno.
- Establecen suposiciones o ideas.
- Demuestran el grado en que las suposiciones tienen fundamento.
- Revisan las ideas sobre la base de pruebas o del análisis.
- Hacen las propuestas de nuevas observaciones y evaluaciones, para esclarecer, modificar, y fundamentar las suposiciones (Hernández y cols.; 2010).

En el presente estudio se toma el enfoque cuantitativo, el cual llena las expectativas del investigador para este trabajo.

Un enfoque cuantitativo usa la recolección de datos para probar la hipótesis, con base en una medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías (Hernández y cols.; 2010).

De acuerdo con Hernández y cols. (2010), un estudio de enfoque cuantitativo posee diferentes características, las cuales son:

- Planteamiento de problema de estudio delimitado y concreto.
- Se consideran investigaciones hechas anteriormente acerca de las variables presentadas.
- Se presentan hipótesis o creencias acerca del tema.
- Se hace una recolección de datos fundamentados por diversos autores.

- Continuamente se presentan los análisis a través de métodos estadísticos.
- Se realiza una comparación para excluir la hipótesis y resolver dudas del interesado.
- Se efectúa una interpretación con datos previos de la teoría.
- La investigación cuantitativa debe ser lo más objetiva posible

Este estudio se basa en este enfoque utilizando las características que se mencionaron.

3.1.2 investigación no experimental.

La investigación no experimental cuantitativa es la que se realiza sin manipular las variables, es decir se trata de estudios que no hace variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto en otras.

A diferencia del diseño experimental, en el cual según Hernández y cols. (2010), el investigador construye una situación a las que son expuestos varios individuos, bajo determinadas circunstancias, para después evaluar los efectos de la aplicación; el no experimental no construye situaciones artificiales, esto es, el investigador no genera ninguna situación, sino que se solo se observan y evalúan situaciones ya existentes, no provocadas por quien las realiza (Hernández y cols.; 2010).

Dentro de esta investigación se empleó el diseño no experimental, debido a que se realizó la aplicación de pruebas para evaluar las situaciones ya existentes, sin manipular los fenómenos y dichos instrumentos fueron aplicados en su ambiente natural.

3.1.3 Diseño transversal.

Los diseños de investigación transversal recolectan datos en un solo momento, ya que su propósito es describir variables y analizar su incidencia en un momento dado (Hernández y cols.; 2010).

Esta investigación cubre todos los requisitos de este diseño, por lo tanto, se puede decir que se efectuó con un diseño transversal, ya que se trabajó con una recolección de datos única.

3.1.4 Alcance correlacional.

Según Hernández y cols. (2010), los estudios correlacionales pretenden responder preguntas de investigación, las cuales tienen como finalidad conocer la relación de las variables en un contexto en particular.

Los estudios de esta índole miden cada una de las variables, cuantificando y analizando la vinculación que hay entre las mismas.

Tal autor menciona que es muy importante tomar en cuenta que en estos de los casos, las mediciones de las variables provienen de los mismos participantes.

La correlación puede ser positiva o negativa, o bien, no existir; los estudios se distinguen en medir con precisión las variables, como es en este caso, que se pretende dar a conocer si existe o no relación entre las variables autoestima e indicadores de los trastornos alimentarios.

3.1.5 Técnicas de recolección de datos.

Las técnicas estandarizadas se fundamentan en recursos psicométricos con base en investigaciones estadísticas, que garantizan la confiabilidad y validez de la medición.

La utilización de los test psicométricos obedece a varias razones:

- 1) Tiempo.
- 2) Facilidad.
- 3) Confiabilidad.
- 4) Utilidad.

Cabe mencionar que para la presente investigación se tomaron en cuenta dos instrumentos: el primero fue la escala EDI-2, también conocido como el Inventario de

Trastornos de la Conducta Alimentaria, el cual fue elaborado por David M. Garner, en 1998.

El EDI-2 esta estandarizado para personas de un rango de edad de los 11 años en adelante, para el proceso de estandarización de la prueba, se realizaron varios procesos en distintos grupos, en pacientes con problemas de anorexia y bulimia.

El EDI-2 cuenta con una confiabilidad de 0.83 en alfa de Cronbach y validez de contenido, concurrente, de criterio y de constructo. Finalmente, esta prueba cuenta con once escalas, las cuales son: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficiencia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social.

Por otra parte, el segundo instrumento es conocido como TAE- Alumno, el cual permite conocer el nivel de autoestima de los alumnos de 8 a 13 años, en relación con una norma estadística establecida por curso y por edad.

Este test se conformó a partir de una selección de ítems del Test Americano Piers Harris, el cual fue elaborado por psicólogas Teresa Marchant, Isabel Margarita y Alejandra Torretti en 1991 y estandarizado en 1997.

El Test está compuesto por 23 ítems, frente a cada una de las cuales el alumno debe contestar SÍ o NO; arroja un resultado único, no tiene subescalas y los ítems que lo conforman pertenecen a las seis subescalas del test original.

El instrumento puede ser administrado de forma individual o colectiva, de máximo 12 personas, con un tiempo de administración entre 15 y 25 minutos. Una vez aplicada la prueba, se evalúa otorgándole un punto por cada respuesta que sea positiva desde la perspectiva de la autoestima, y cero puntos por cada respuesta que indique baja autoestima, para de esta forma obtener el resultado, el cual puede ser desde 0 hasta 23 puntos.

3.2 Población y muestra.

Para Hernández y cols. (2010), una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan una serie de especificaciones. Para esto, es preferible tener con claridad las características de la población que va a ser estudiada.

Por otra parte, cabe mencionar que para estos autores, una muestra es un subgrupo de la población del cual se recolectan los datos y debe ser representativo de esta. Es muy importante recalcar que la muestra es una manera de ahorrar tiempo y recursos materiales.

3.2.1 Delimitación y descripción de la población.

La población de la presente investigación fueron los estudiantes de la Secundaria Don Vasco, los cuales cursan primero, segundo y tercer grado y sus edades van de 11 a 14 años.

3.2.2 proceso de selección de la muestra

Para la aplicación de las pruebas, se seleccionaron únicamente las mujeres de los grupos de primero y segundo grado, con un rango de edad de los 11 los 13 años, con un nivel socioeconómico medio alto.

La prueba aplicada fue exclusivamente en dicho género para hacer una medición del nivel de autoestima que provoca que las mujeres caigan en los trastornos alimentarios. El muestreo fue no probabilístico e intencional.

3.3 Descripción del proceso de investigación.

Para llevar a cabo esta investigación primero se tuvo que elegir un tema de acuerdo con las necesidades de la institución en donde se llevó a cabo la investigación, se buscó la problemática y una vez encontrada, se empezó por localizar antecedentes de los temas a investigar, por consiguiente, se dieron a conocer los objetivos, justificación e hipótesis del trabajo.

Poco a poco se fue llevando un largo proceso en donde se definieron y dieron las características más importantes de los temas autoestima y trastornos alimentarios,

una vez conociendo lo suficiente sobre los temas, fueron seleccionadas las pruebas que se aplicaron a cada uno de los alumnos de la Secundaria Don Vasco.

Para poder hacer la aplicación, se asistió a la escuela en donde se le pidió al profesor en turno, que apoyara con la aplicación de las pruebas, dividiendo a los grupos por tiempos y seleccionando solo a la mujeres.

De esta manera se llevó a cabo la aplicación, dejando que cada una de las alumnas contestara su respectiva prueba para concluir calificando de una por una para poder extraer las conclusiones y corroborar los resultados en cada una de las plantillas de calificación, según correspondan.

3.4 Análisis e interpretación de resultados.

Una vez planteada la descripción metodológica y la descripción de la población investigada, se procederá en este apartado a presentar el análisis de los resultados obtenidos, así como la interpretación que se hace a partir de ellos.

Los resultados se presentan en tres categorías diferentes, las dos primeras son autoestima y trastornos alimentarios; en la tercera, se examina la posible correlación entre las variables.

3.4.1 Autoestima

La autoestima es una actitud hacia uno mismo, la cual implica una aceptación, respetando modelos basados en diferentes teorías de la personalidad, con la cual el individuo puede enfrentarse consigo mismo y su forma de pensar, amar, sentir y comportarse (Alcántara; 1990).

La autoestima se genera como resultado de la historia que cada persona tiene, ya que es el fruto de una larga y permanente secuencia de acciones y pasiones que se van configurado en el transcurso de la existencia.

Respecto a los resultados obtenidos a partir de la aplicación de la prueba Inventario de Autoestima de Coopersmith, se muestran en puntajes T, tanto el nivel de autoestima total, como el de las distintas subescalas.

La media en el nivel de autoestima general fue de 54.2; dicha medida “es la suma de un conjunto de datos, dividida entre el número de medidas” (Hernández; 2010: 293).

De igual modo, se obtuvo la mediana, que es el valor medio de un conjunto de valores ordenados; el punto abajo y arriba del cual cae el número igual de medidas (Hernández; 2010); este valor fue de 52.

De acuerdo con estos mismos autores, la moda es la medida que ocurre con más frecuencia en un conjunto de observaciones; en cuanto a esta escala, la moda fue de 81.

Asimismo, se obtuvo una medida de dispersión: la desviación estándar, cuyo valor obtenido fue de 14.2.

En el anexo 1 quedan demostrados gráficamente los resultados de la media aritmética de las subescalas mencionadas anteriormente.

Con el fin de demostrar un análisis más detallado, a continuación se da a conocer el porcentaje de los sujetos que obtuvieron puntajes más bajos en dicha subescala, es decir por debajo de T40; concretamente, esto representa el 18% de los sujetos.

3.4.2 Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.

Los trastornos alimentarios son caracterizados por alteraciones graves de la conducta alimentaria, cabe mencionar que los más destacados en la actualidad son la anorexia y la bulimia.

Según Belloch y cols. (1995), la anorexia se distingue por la falta de apetito, este es un término habitual para designar un síntoma que se presenta en muchos otros trastornos.

Sin embargo, en la anorexia nerviosa la persona se comporta como un organismo hambriento: no come, pero no deja de pensar cuáles son los alimentos idóneos que debe ingerir para no pasarse de peso y es ahí en donde radica la psicopatología, por el deseo irremediable de seguir perdiendo peso incluso cuando ya se disminuyó el porcentaje esperado (Belloch y cols.; 1995).

Por otra parte, para Belloch y cols. (1995) el significado de la bulimia desde un punto de vista clínico, se refiere a los episodios caracterizados por una gran necesidad de ingerir alimentos con una gran cantidad de calorías; como consecuencia, una vez que la persona ingiere tantas calorías le genera un sentimiento de culpa y tiene la necesidad de devolver los alimentos para remediar el problema.

Mediante la aplicación del instrumento EDI-2, se obtuvieron datos relevantes de acuerdo con cada una de las subescalas predeterminadas en la prueba. Los puntajes, traducidos a percentiles, se presentan a continuación.

- 1) En la escala de obsesión por la delgadez se obtuvo una media de 52, una mediana de 49, una moda de 18 y una desviación estándar de 26.
- 2) Asimismo, en la escala de bulimia se obtuvo una media de 60, una mediana de 47, una moda de 47 y una desviación estándar de 20.
- 3) Adicionalmente, en la insatisfacción corporal se obtuvo una media de 46, una mediana de 45, una moda de 14 y una desviación estándar de 21.
- 4) Por otra parte, en la ineficacia se obtuvo una media de 60, una mediana de 62, una moda de 18 y una desviación estándar de 25.
- 5) Dentro del perfeccionismo, los resultados obtenidos son los siguientes: la media 66, una mediana de 76, una moda de 76 y una desviación estándar de 28.
- 6) Por otra parte, la desconfianza interpersonal presenta una media de 56, una mediana de 57, una moda de 19 y una desviación estándar de 28.
- 7) Asimismo, la conciencia introceptiva presenta una media de 61, una mediana de 72, una moda de 81 y una desviación estándar de 30.
- 8) En la escala del miedo a la madurez, se muestra una media de 79, una mediana de 85, una moda de 85 y una desviación estándar de 16.
- 9) El ascetismo presenta una media de 51, una mediana de 51, una moda de 40 y una desviación estándar de 20.

10) Respecto a la impulsividad, cuenta con una media de 65, una mediana de 74, una moda de 74 y una desviación estándar de 26.

11) Finalmente, la inseguridad social obtuvo una media de 61, una mediana de 58, una moda de 47 y una desviación estándar de 28.

Además de presentar los datos de las medidas de tendencia central y desviación estándar, a continuación se presentan los porcentajes de los sujetos que obtuvieron puntajes altos en cada escala, esto es por arriba del percentil 70; de esta manera, se ubicarán las escalas en las que hay mayor coincidencia de casos preocupantes sobre el trastorno de problemas alimentarios.

En la escala de obsesión por la delgadez, el 28% de sujetos se encuentra por arriba del percentil referido; en la escala de bulimia, el porcentaje fue de 30%; en la de insatisfacción corporal, el 7%; en la de ineficacia, el 37%; en la de perfeccionismo, el 54%; en la que respecta a la desconfianza interpersonal, 35%; en la conciencia introceptiva, 54% ; respecto a la de miedo a la madurez, 82%; en la ascetismo, 34%; en la impulsividad, 52% y finalmente, en la escala de inseguridad social, el 41%.

En función de los datos anteriores, se puede afirmar que los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en esta muestra, se encuentran dentro de lo normal, con excepción del indicador conocido como miedo a la madurez, el cual muestra un porcentaje significativamente alto en comparación con los demás indicadores.

3.4.3 Relación entre el nivel de autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.

Diversos autores han afirmado la relación que se da entre los trastornos alimentarios y la autoestima.

Según Coopersmith (citado por González-Arratia; 2001), un sano nivel de autoestima prepara al individuo para enfrentar los retos principales que la vida le plantea en el ámbito emocional, por lo que le facilita la adaptación a su realidad.

Por el contrario, niveles bajos de autoestima pueden provocar que no exista en el individuo la aceptación de su propia realidad, presentando en muchas ocasiones conductas dañinas, entre las que se pueden mencionar los trastornos alimentarios.

En la investigación realizada en los estudiantes de primero y segundo de la Secundaria Don Vasco, se encontraron los siguientes resultados.

Entre el nivel de autoestima y la escala de obsesión por la delgadez, existe un coeficiente de correlación de -0.34 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre la autoestima y la escala señalada, existe una correlación negativa débil de acuerdo con la clasificación de correlación que plantean Hernández y cols. (2010).

Para conocer la relación que existe entre el nivel de autoestima y la escala de obsesión por la delgadez, se obtuvo la varianza de factores comunes (r^2), en la cual, mediante un porcentaje que indica el grado en que las variables se encuentran correlacionadas. Para obtener esta varianza se eleva al cuadrado el coeficiente de correlación obtenido mediante la “r” de Pearson. (Hernández y cols.; 2010).

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.12, lo que significa que entre la autoestima y la obsesión por la delgadez hay una relación de 12%.

Por otra parte, entre el nivel de autoestima y la escala de bulimia existe una correlación de -0.27 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, esto indica que entre dichas variables existe una correlación negativa débil. El resultado de la varianza de factores fue de 0.07, lo que significa que hay una relación de 7%.

Adicionalmente, entre el nivel de autoestima y la escala de insatisfacción corporal existe una correlación de -0.42, según la prueba “r” de Pearson, esto denota que entre el nivel de autoestima y dicha escala existe una correlación negativa media. Por otra parte, el resultado de la varianza de factores fue de 0.18, lo que significa que hay una correlación de 18%.

Entre la autoestima y la escala de ineficacia, existe una correlación de -0.43 según la prueba “r” de Pearson, con lo cual se establece una correlación negativa media; asimismo, el resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.19 lo que significa que hay una correlación del 19%.

Entre la autoestima y la escala de perfeccionismo se encontró una correlación de -0.15, por lo que se puede afirmar que entre autoestima y esta escala existe una correlación negativa débil. Al obtener la varianza de factores comunes, se encontró un puntaje de 0.03, lo que implica una relación del 3%.

Entre la autoestima y la desconfianza interpersonal se encontró una correlación de -0.24, lo cual indica que hay una correlación negativa débil. Por otra parte, al obtener la varianza se encontró un puntaje de 0.06, lo que implica una relación del 6%.

Entre la autoestima y la escala de conciencia introceptiva se encontró una correlación de -0.15, lo cual indica que hay una correlación negativa débil, no significativa. Al obtener la varianza de factores comunes se encontró un puntaje de 0.02, con una relación de 2%.

Entre la autoestima y el miedo a la madurez, se estableció una correlación de -0.20, según la “r” de Pearson, que se considera como negativa muy débil. Respecto a la varianza de factores comunes, se determinó un índice de 0.04 que se traduce en una influencia del 4%, que se considera no significativa.

Entre la autoestima y el ascetismo, se estableció un índice de -0.20 de acuerdo con la “r” de Pearson, que se considera como una correlación negativa muy débil. Respecto a la varianza de factores comunes, se determinó un índice de 0.04, que representa una influencia del 4%, que se considera no significativa.

Entre la autoestima y la impulsividad se cuantificó una correlación de -0.03 según la “r” de Pearson, que se considera como ausencia de correlación. Respecto a la varianza de factores comunes, se determinó un índice de 0, que se traduce en una influencia del 0%.

Finalmente, entre la autoestima y la inseguridad social, se estableció una correlación de -0.26 según la “r” de Pearson, que se considera como negativa débil. Respecto a la varianza de factores comunes, se determinó un índice de 0.068, que se traduce en una influencia del 6.8%, que se considera no significativa.

Cabe señalar que para considerar una correlación estadísticamente significativa el porcentaje de relación entre variables debe ser al menos del 10%.

En función de lo anterior, se puede afirmar que el nivel de autoestima se relaciona de forma significativa con las escalas de: obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal e ineficacia.

En contraparte, no se encontró una relación significativa entre el nivel de autoestima y las escalas de: bulimia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social.

En función de los resultados presentados, se confirma la hipótesis de trabajo, que afirma que existe una relación significativa entre el nivel de autoestima y los

indicadores psicológicos en los trastornos alimentarios de las alumnas de la Secundaria Don Vasco, para las escalas de obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal e ineficacia.

Sin embargo, para la relación entre la autoestima y las escalas de bulimia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, confianza introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social, se confirma la hipótesis nula.

CONCLUSIONES

Los objetivos particulares referidos a los aspectos teóricos de la variable autoestima, es decir, su definición conceptual, los factores que influyen en ella, así como su importancia en el ámbito psicológico, se cubrieron en el desarrollo del capítulo uno; a su vez el objetivo empírico, referido a la evaluación de tal variable en la muestra tomada en el presente estudio de los alumnos investigados de la Secundaria Don Vasco, se logró mediante la administración de la prueba denominada TAE-alumno. Los resultados obtenidos se muestran en detalle en el capítulo tres.

Por otra parte, en el capítulo dos, se da cuenta de los objetivos particulares de carácter teórico, concernientes a la segunda variable del presente estudio, es decir, a los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.

La medición de tal variable, con sus diferentes subescalas, se muestra detalladamente en el capítulo tres.

La consecución de los objetivos anteriores permitió alcanzar con suficiencia el objetivo general que guio la presente indagación, es decir, identificar cuál es la relación que existe entre la autoestima y los trastornos alimentarios de las estudiantes de la Escuela Secundaria Don Vasco, de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Con los resultados alcanzados, se corrobora la hipótesis de trabajo en los casos de la correlación entre autoestima y las subescalas de la obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal e ineficacia.

En contraparte, se corrobora la hipótesis nula en los casos de la correlación entre en nivel de autoestima y las subescalas denominadas: bulimia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, confianza introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social.

Como aspecto relevante en cuanto a los hallazgos logrados, se puede mencionar que se encontró un alto nivel en la insatisfacción corporal de las alumnas, lo cual merece ser atendido de manera oportuna por parte de la institución. Otro aspecto relevante cabe señalar que la impulsividad se encontró en un bajo nivel en las alumnas de dicha escuela.

Si bien la estrategia metodológica empleada en el presente estudio logró su propósito, es recomendable ahondar en esta línea de investigación, tomando muestras de sujetos no incluidos en la presente indagación.

BIBLIOGRAFÍA

- Ajuriaguerra, J. (1973)
Manual de psiquiatría infantil.
Editorial Masson. Barcelona.
- Alcántara, José Antonio. (1990)
Cómo educar la autoestima.
Ediciones CEAC. Barcelona, España.
- American Psychiatric Association (APA). (2002)
DSM IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
Editorial Masson. Barcelona.
- Belloch, Amparo; Sandín, Bonifacio; Ramos, Francisco. (1995)
Manual de psicopatología.
Editorial McGraw-Hill. España.
- Branden, Nathaniel. (2008)
La psicología de la autoestima.
Editorial Paidós Mexicana. México, D.F.
- Branden, Nathaniel. (2010)
La autoestima de la mujer.
Editorial Paidós Mexicana. México, D.F.
- Branden, Nathaniel (2011).
Los seis pilares de la autoestima.
Editorial Paidós Mexicana. México, D.F.
- Butcher, James; Mineka, Susan; Hooley, Jill. (2007)
Psicología clínica.
Editorial PEARSON. España.
- Carrión López, Salvador. (2007)
Autoestima y desarrollo personal con PNL.
Ediciones Obelisco. Barcelona, España.
- Castillo S., María Dolores; León E., María Teresa. (2005)
Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia y bulimia nerviosa.
Editorial Formación Alcalá, S.L. España.
- Clark, Amina; Clemes, Harris; Bean, Reynold. (2000)
Cómo desarrollar la autoestima en los adolescentes.
Editorial Debate. Madrid, España.

Costin, Carolyn. (2003)
Anorexia, bulimia y otros trastornos de la alimentación: diagnóstico, tratamiento y prevención de los trastornos alimentarios.
Editorial Diana. México.

Crozier, Ray W. (2001)
Diferencias individuales en el aprendizaje.
Editorial Narcea S.A. de Ediciones. Madrid, España.

Garner, David M. (1998)
Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2).
TEA Ediciones. S.A. Madrid.

González-Arratia López Fuentes, Norma Ivonne. (2001)
La autoestima: medición y estrategias de intervención a través de una experiencia en la reconstrucción del ser.
Editorial UAEM. México.

Hernández Sampieri, Roberto; Fernández-Collado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar. (2010)
Metodología de la Investigación.
Editorial McGraw-Hill. México.

Jarne, Adolfo; Talarn, Antoni. (2000)
Manuel de psicopatología clínica.
Editorial Paidós Ibérica. Buenos Aires.

Kaufman, Gershen; Raphael, Lev; Espeland, Pamela. (2005)
Cómo enseñar autoestima.
Editorial Pax. México.

Jiménez H., Manuel. (1997)
Psicopatología infantil.
Editorial Aljibe. Granada.

Ogden, Jane. (2005)
Psicología de la alimentación.
Editores Morata. España.

Quiles, Jose Ma.; Espada S., José Pedro. (2004)
Educar en la autoestima.
Editorial CCS. Buenos Aires.

Rausch Herscovici, Cecile. (1997)
Anorexia y bulimia: amenazas a la autonomía.
Editorial Paidós. Argentina.

MESOGRAFÍA

Brinkmann, H.; Segure, T. (1988)

“INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH”

Universidad de Concepción, Chile.

<http://es.scribd.com/doc/42684674/Inventario-de-Autoestima-de-Coopersmith-Adultos>

Hernández García, Mariamparo A. (2006)

“Las influencias familiar y social en la anorexia y la bulimia, el caso de Saltillo, México”
Epistemé. No. 8-9. Año 2, Octubre-Diciembre 2006.

http://www.uvmnet.edu/investigacion/episteme/numero8y9-06/reportes/a_anorexia.asp

López Coutiño, Berenice; Arias Ibáñez, Alba; Nuño Gutiérrez, Bertha. (2006)

“Una aproximación a la estructura familiar de mujeres con anorexia y bulimia”.

Instituto Mexicano del Seguro Social.

<http://www.tallersur.com/adolesc/libros/libroanorexia.pdf>

Moreno González, Miriam Angélica; Ortiz Viveros, Godeleva Rosa. (2009)

“Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes”.

Universidad Veracruzana, México.

TERAPIA PSICOLÓGICA 2009, Vol. 27, N°2, 181-190.

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082009000200004&script=sci_arttext

Sicologcom. (2010)

“Escala de autoestima de Rosenberg – RSES”

<http://sicolog.com/?a=1669>

Thomas, Ulises. (2011)

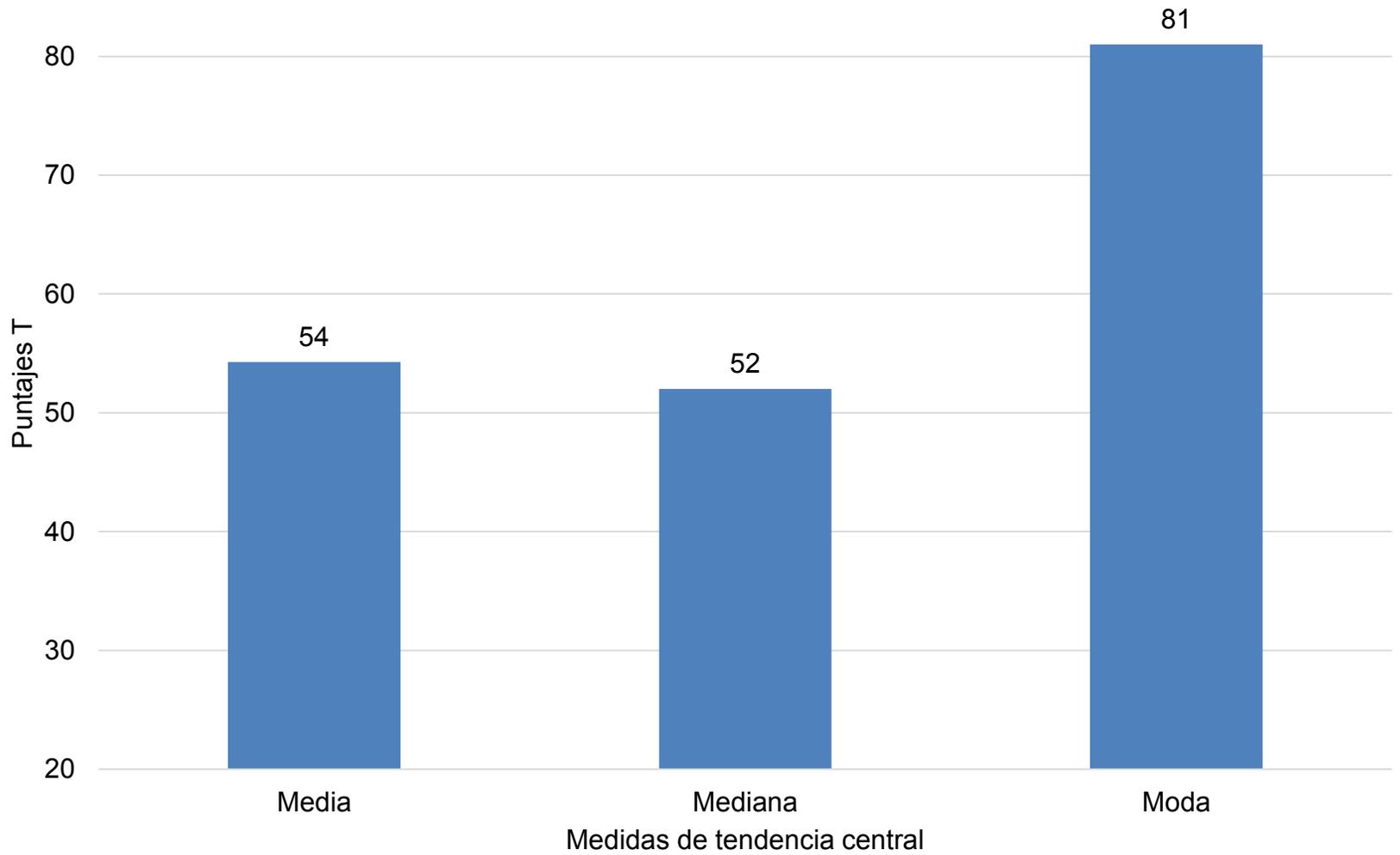
“TAE- Batería de Test de Autoestima Escolar”.

El Psicoasesor.

<http://www.elpsicoasesor.com/2011/11/tae-bateria-de-test-de-autoestima.html>

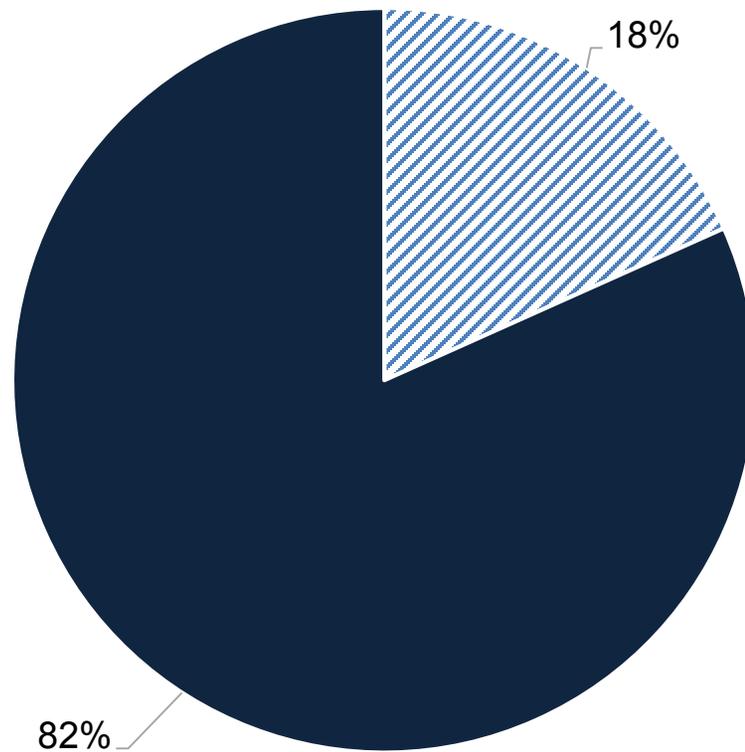
ANEXO 1

Medidas de tendencia central de la escala Autoestima



ANEXO 2

Porcentaje de sujetos con puntajes preocupantes

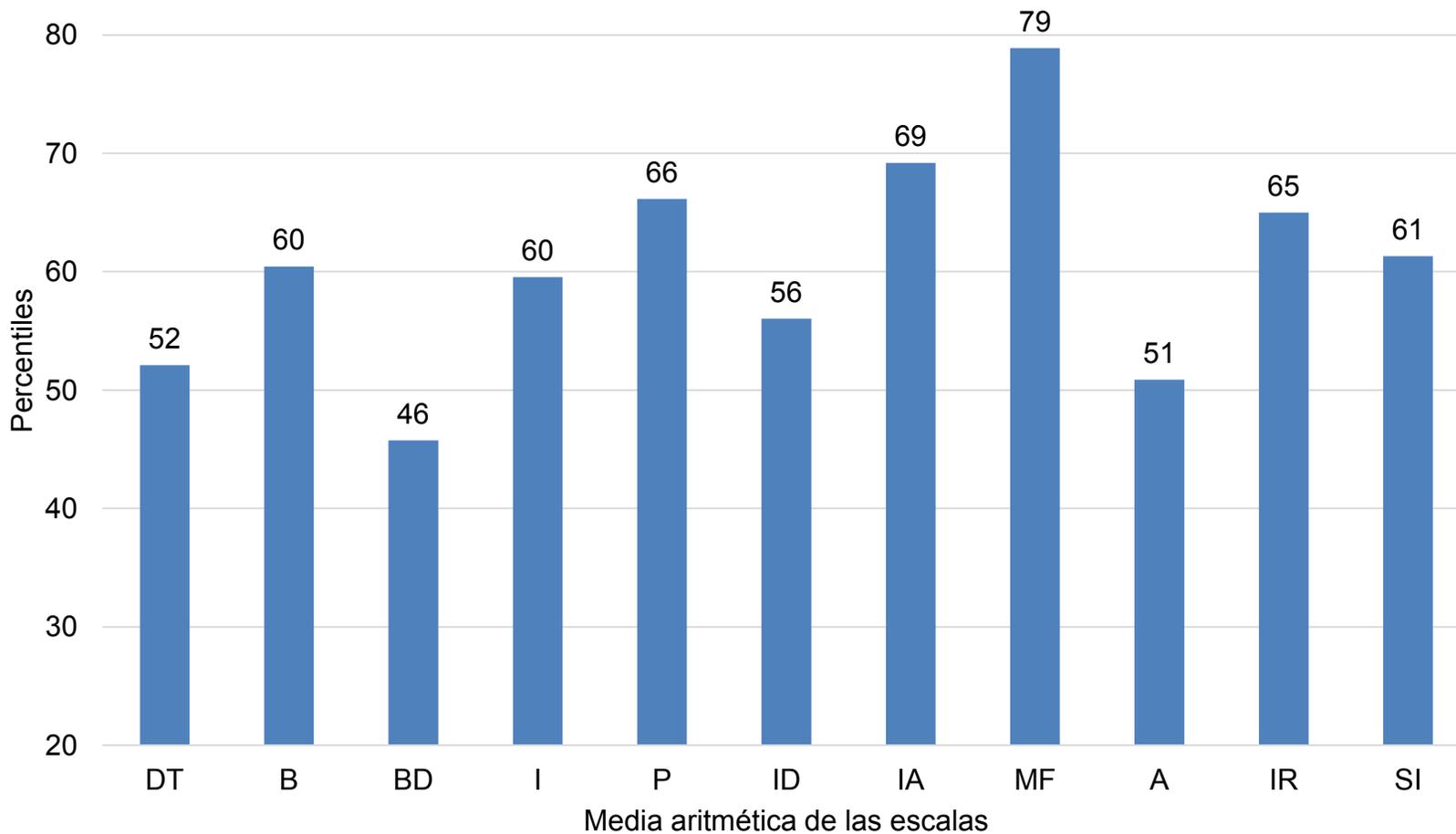


▨ % SUJETOS CON PUNTAJES PREOCUPANTES

■ % SUJETOS CON PUNTAJES NO PREOCUPANTES

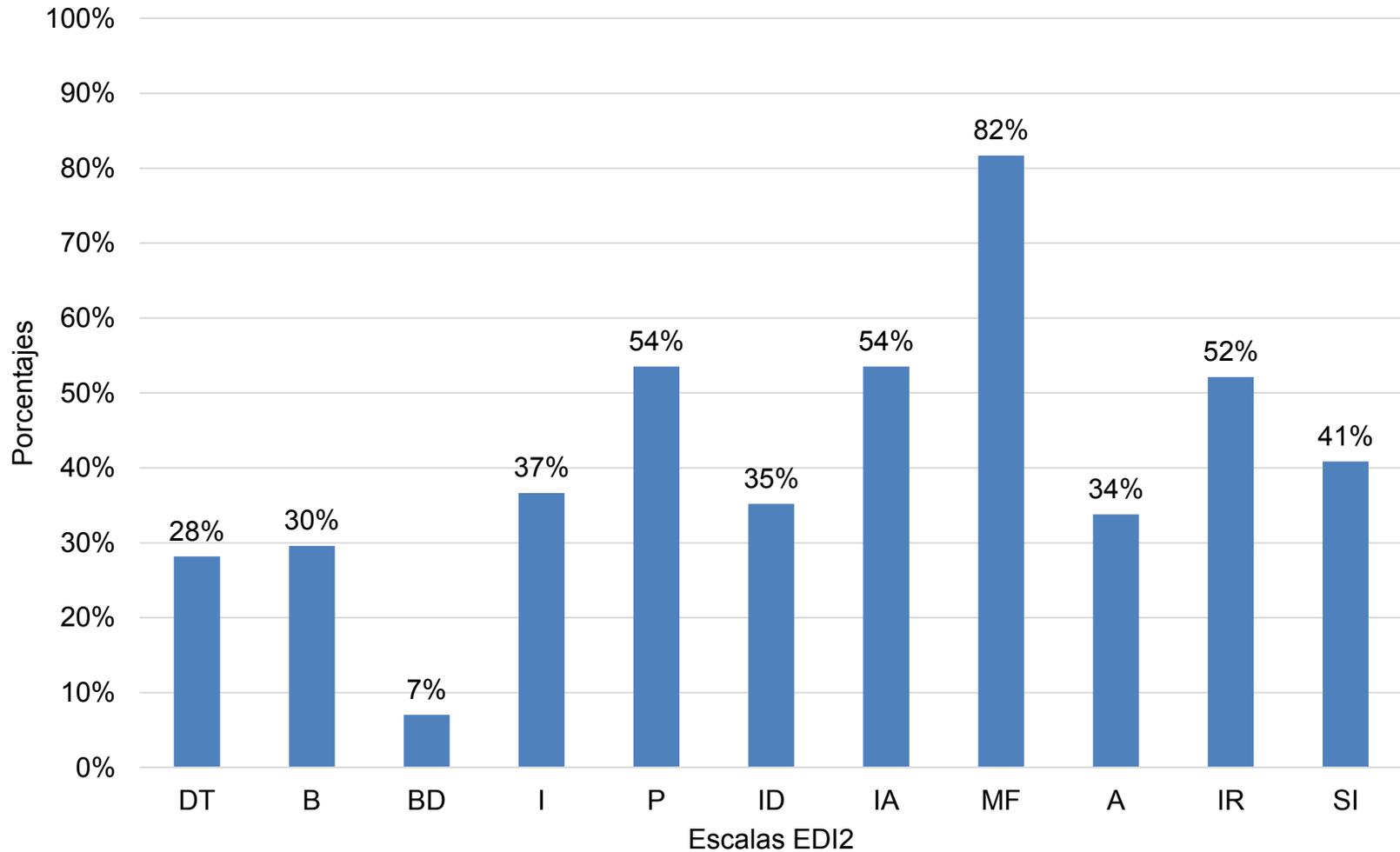
ANEXO 3

Media aritmética de los indicadores psicológicos de trastornos alimentarios



ANEXO 4

Porcentaje de sujetos con puntajes altos en los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios



ANEXO 5

Coeficientes de correlación de autoestima con los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios

