



UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

Incorporación No. 8727-25 a la
Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela de Psicología

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE AUTOESTIMA Y LA PRESENCIA DE
INDICADORES PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS
ALIMENTARIOS**

Tesis

para obtener el título de:

Licenciado en Psicología

Ignacio Melgoza Calderón.

Asesor: Lic. Leticia Espinosa Garcia

Uruapan, Michoacán. 28 de junio 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.

ÍNDICE

Introducción.

Antecedentes	1
Planteamiento del problema	5
Objetivos	7
Hipótesis	8
Operacionalización de variables	9
Justificación	10
Marco de referencia	12

Capítulo 1. La autoestima.

1.1. Conceptualización de la autoestima	14
1.2. La importancia de la autoestima	15
1.3. Origen y desarrollo de la autoestima	17
1.4. Componentes de la autoestima	18
1.5. Características de la autoestima	21
1.6. Pilares de la autoestima	23
1.7. Medición de la autoestima	30

Capítulo 2. Trastornos alimentarios.

2.1. Antecedentes históricos de la alimentación	41
2.2. Definición y características clínicas de los trastornos alimenticios.	42
2.2.1. Anorexia nerviosa	43

2.2.2. Bulimia nerviosa	45
2.2.3. Obesidad	47
2.2.4. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas	47
2.2.5. Vómitos en otras alteraciones psicológicas	48
2.2.6. Trastornos por atracón	49
2.2.7. Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia	50
2.3. Esfera oroalimenticia en el infante	52
2.3.1. Organización oroalimenticia	53
2.3.2. Alteración en la esfera oroalimenticia	55
2.4. Perfil de la persona con trastornos alimenticios	56
2.5. Causas del trastorno alimenticio	58
2.5.1. Factores predisponentes individuales	59
2.5.2. Factores predisponentes familiares	62
2.5.3. Factores socioculturales	64
2.6. Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio.	64
2.7. Factores que mantienen los trastornos alimenticios	69
2.8. Trastornos mentales asociados a los trastornos alimentarios	71
2.9. Tratamiento de los trastornos alimenticios	74

Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de los resultados.

3.1. Descripción metodológica	78
3.1.1. Enfoque cuantitativo	78
3.1.2. Investigación no experimental	79
3.1.3. Diseño transversal	81

3.1.4. Alcance correlacional	82
3.1.5. Técnicas de recolección de datos	82
3.2. Población y muestra	86
3.3. Descripción del proceso de investigación	88
3.4. Análisis e interpretación de resultados	89
3.4.1. La autoestima en los adolescentes del Instituto Fray Juan de San Miguel	90
3.4.2. Indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios	94
3.4.3. Relación entre el nivel de autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios	97
Conclusiones	103
Bibliografía	105
Hemerografía	00
Mesografía	00
Anexos.	

INTRODUCCIÓN

En el contexto actual, la autoestima está repercutiendo socialmente, ya que un número significativo de adolescentes padece esta problemática. Del mismo modo, un sinnúmero de veces se logra observar como el rechazo de la sociedad es un factor que influye para que se desarrollen en los jóvenes diversos trastornos alimentarios y problemas con la baja autoestima.

Antecedentes.

En la actualidad existen diferentes investigaciones acerca de la autoestima y los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios, se ha ejercido mayor hincapié sobre la relación entre estas dos variables, debido a que se ha observado que influyen en diversos aspectos importantes en la vida del ser humano.

Primeramente se define la variable autoestima, según Aramburu y Guerra como “una especie de sociómetro que indica el grado en que una persona se percibe como incluida o excluida en el entramado social”.

A la vez, una de las principales funciones que se atribuyen a la autoestima es la protección de la exclusión social, esto es, la manera en que las personas tratan de manejar la impresión que causan a los demás, con estrategias que aseguren su integración social y eviten su exclusión.

Por su parte Toro, Rosen y Ramírez (1996, 1998) destacan que la baja autoestima es uno de los principales síntomas presentes en las personas diagnosticadas con trastornos de la alimentación; esta condición se expresa con inseguridad, falta de aprobación y respeto hacia sí. La preocupación acerca del peso y la insatisfacción por la imagen corporal, constituyen los dos elementos básicos sobre los que se asienta esta baja autoestima como producto de inferencias y creencias, muchas de ellas sujetas a distorsiones.

Asimismo, se encuentran los trastornos alimentarios, cuyo origen reside en la conducta en relación con la alimentación y se conocen también como desórdenes o trastornos del comer, de la ingesta, alimenticios o de la conducta alimentaria.

A partir de la adolescencia, comienzan a generarse patrones de conductas propios, por lo cual la inquietud de los jóvenes comienza a ser mucho más intensa.

Asimismo, los medios de comunicación influyen en la existencia de un modelo ideal de belleza establecido y compartido socialmente, es decir, que los miembros activos de una sociedad se ven afectados por una incesante presión por cumplir ciertos requerimientos para poder vivir dentro de ella.

Del mismo modo Unikel (referido por Zagalaz y cols.; 2002) menciona que la insatisfacción corporal, la excesiva preocupación por el peso y los trastornos alimentarios han venido incrementándose de manera consistente en las escuelas.

Los principales trastornos alimentarios se reflejan en la anorexia y la bulimia; “la palabra anorexia (del vocablo griego *anorktus*) se ha conocido desde siempre como sinónimo de falta de apetito, por tanto, se trata de un trastorno socio-psico-biológico de creciente trascendencia sanitaria, cuyo estudio reviste a un indudable valor formativo” (Toro y Vilardell, citados por Zagalaz y cols.; 2002: 13).

Por otra parte la bulimia, relacionada en la mayoría de los casos con la anorexia (Toro y Vilardell, retomados por Zagalaz y cols.; 2002), describe a quienes le padecen como comedores convulsivos, que se provocan el vómito tras la ingesta para acallar su conciencia, que les demanda mantenerse delgadas.

Con lo anterior se establece que tanto la autoestima como los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios, son correlacionales, por lo tanto, la presente investigación se enfoca a descubrir si existe alguna relación entre ambas variables, para ello se tomaron como base algunas investigaciones al respecto.

AL respecto, existe un estudio realizado en el 2009 por Moreno y Ortiz, donde se investigó la relación entre las conductas de riesgo de trastornos alimentarios, la imagen corporal y autoestima en un grupo de adolescentes de secundaria. Se aplicaron los instrumentos: el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40), Cuestionario de Figura Corporal (BSQ), Cuestionario de Evaluación de la Autoestima y un cuestionario de datos sociodemográficos a 298 alumnos: 153 mujeres y 145 hombres, con una edad promedio de 13 años. Se encontró riesgo de trastorno alimentario (8%)

y en un 10% la patología instalada, con mayor prevalencia en las mujeres; ambos sexos presentan preocupación por su imagen corporal, así como niveles medios y bajos de autoestima en una mayor tendencia a presentar trastornos alimentarios en las mujeres.

Por otro lado, la variable trastornos alimentarios, refiere a algunas investigaciones que correlacionan ambas variables a estudiar. Autoestima y trastornos alimentarios, como la realizada por Behar y Valdés (2009), cuyo objetivo era comparar la exposición a situaciones vitales estresantes, características psicológicas y conductuales en mujeres con y sin trastornos alimenticios, y correlacionar estrés y sintomatología alimentaria con las distintas variables. Para llevar a cabo la evaluación de estas, se utilizaron diferentes instrumentos de medición, tal es el caso de la Escala de Autoevaluación de Estrés (SRRS), el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40), el Inventario de Desórdenes Alimentarios (EDI), y el Cuestionario de Silueta Corporal (BSQ); estas pruebas fueron aplicadas a 50 pacientes alimentarias y a 50 universitarias sin patologías. Los resultados obtenidos de tal acontecimiento fueron que las pacientes presentaron mayores niveles de estrés, principalmente por conflictos familiares, cambio de hábitos y perfeccionismo; en las estudiantes, el estrés se relacionaba con la sensación de inutilidad, temor a madurar, conciencia introceptiva e insatisfacción corporal. Este estudio enfatiza la importancia de eventos vitales estresantes en los trastornos de la conducta alimentaria.

En conclusión, los alumnos de la escuela preparatoria Juan de San Miguel no se encuentran exentos de presentar estas problemáticas, por tal motivo, dicha investigación se realizará en este centro educativo.

Planteamiento del problema.

Varios autores han establecido que la autoestima tiene una fuerte relación con los problemas alimentarios de los adolescentes, de manera que constituye una interrogante para la sociedad en general.

En el Instituto Fray Juan de san miguel de Uruapan, Michoacán, se han venido observando conductas preocupantes en los alumnos, las cuales pudieran relacionarse con conductas psicológicas desfavorables como desórdenes alimenticios.

Además, estos factores podrían desfavorecer la salud y el desempeño de los alumnos dentro del salón de clase, de ese modo, es llamativa la forma en que se suscitan los diversos efectos en las conductas de los alumnos, dentro de esa institución.

En este orden de ideas, diversos autores argumentan que el poseer un autoestima muy baja puede repercutir dentro de los trastornos alimentarios y provocar que el individuo sea dañado tanto física como emocionalmente.

Cabe mencionar que no se han realizado investigaciones a fondo en la escuela mencionada, acerca de este fenómeno, en donde se contrasten ambas variables.

Del mismo modo, la autoestima de los adolescentes se ve afectada por el entorno mismo, cabe mencionar que los comentarios que se realicen en contra de ellos afectan sus conductas e influyen en la forma de comportarse ante esa sociedad exigente.

Para concluir, la presente investigación intenta plasmar aportaciones para poder descubrir cómo puede llegar a afectar la autoestima a los adolescentes y qué relación tiene con los trastornos alimentarios

Objetivos de la investigación.

Para la adecuada consecución del presente estudio, se plantearon las directrices que enseguida se indican.

Objetivo general.

Establecer la relación que existe entre la autoestima y los trastornos alimentarios en los adolescentes del Instituto Fray Juan de San Miguel.

Objetivos particulares.

1. Analizar el concepto de trastornos alimentarios.
2. Identificar las causas de los trastornos alimentarios.
3. Definir el término autoestima.
4. Definir el término trastornos alimentarios.
5. Analizar la influencia que tiene la autoestima en los trastornos alimentarios.
6. Medir el nivel de autoestima que poseen los alumnos del Instituto Fray Juan de San Miguel.
7. Determinar el porcentaje de alumnos del Instituto Fray Juan de San Miguel con baja autoestima.
8. Valorar la presencia de indicadores psicológicos de trastornos alimentarios que poseen los alumnos del Instituto Fray Juan de San Miguel.

Hipótesis.

Una hipótesis es una proposición tentativa sobre la o posible relación entre dos o más variables. Este tipo de explicaciones provisionales se fundamentan en la bibliografía leída previamente, de manera que tengan una estructura lógica y correspondencia con la realidad esperada. En la presente investigación, las hipótesis propuestas se indican a continuación.

Hipótesis de trabajo.

Existe una relación estadísticamente significativa entre los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios y el nivel de autoestima de los adolescentes del Instituto Fray Juan de San Miguel de Uruapan, Michoacán.

Hipótesis nula.

No existe una relación estadísticamente significativa entre los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios y el nivel de autoestima de los adolescentes del Instituto Fray Juan de San Miguel de Uruapan, Michoacán.

Operacionalización de variables.

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, de Coopersmith (2010). Esta prueba psicométrica posee los estándares de validez y confiabilidad exigidos por la comunidad científica de la psicología.

Mientras tanto, la variable trastornos alimentarios se midió con el inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2), de Garner (1998). Tal instrumento evalúa los indicadores psicológicos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria, medido en 11 escalas; los resultados son presentados en percentiles.

Justificación.

El presente estudio beneficiará directamente al Instituto Fray Juan de San Miguel, porque no se han realizado estudios referentes a los trastornos alimentarios.

Los resultados que arrojó esta investigación darán elementos a la institución para que a partir de ellos, se promuevan programas de técnicas y herramientas para afrontar los problemas alimentarios y de autoestima que puedan presentar los adolescentes de preparatoria.

En la institución analizada, se verán beneficiados con el presente estudio tanto el plantel como el personal docente, dado que se concientizarán acerca de la presencia de estas variables, para así poder hacer uso de herramientas que combatan dichos problemas.

Asimismo, los padres de familia podrán hacer uso de la información y resultados recabados, con la finalidad de informarse acerca de los comportamientos y conductas que presentan sus hijos, gracias a la aplicación de pruebas que ayudaron a corroborar dichas variables.

Cabe mencionar que a los directivos de la institución les resultarán más benéficos los resultados obtenidos, debido a que podrán ahondar en el contenido del estudio para obtener resultados prácticos, con la finalidad de descubrir conductas y

factores que puedan perjudicar tanto la salud como el desempeño de los alumnos dentro del salón de clase.

Para finalizar este apartado, se pretende que para el campo de la psicología haya aportaciones para descubrir cómo puede afectar la autoestima entre los adolescentes y la relación que tiene esta en los trastornos alimentarios; además de ello, servirá para la comunidad de psicólogos en Uruapan como punto de referencia para el descubrimiento de nuevas técnicas, herramientas y posibles soluciones para erradicar dichas problemáticas.

Marco de referencia.

El Instituto Fray Juan de San Miguel, A.C., ubicado en la ciudad de Uruapan, Michoacán, en la calle Venezuela # 5, Colonia Los Ángeles, se caracteriza por ser un instituto privado y religioso con más de 55 años de antigüedad, que ofrece un servicio mixto. La misión de este instituto es acompañar profesionalmente a sus estudiantes de modo que logren desarrollarse integralmente y se inserten a la vida de la comunidad, contribuyendo al surgimiento de un mundo con un rostro cada día más humano.

Del mismo modo, la visión se caracteriza por ser la institución educativa católica regional que, al tiempo que garantiza una educación de calidad para todos sus

alumnos, es un semillero de cristianos auténticos y comprometidos en la construcción de una sociedad cada día más justa y humana, en la que viven.

Por otra parte, la filosofía de la institución radica en considerar que “solo la verdad que hace libres, porque solo en la verdad puede y debe ser constituido nuestro mundo”. De este modo, el instituto presenta un plantel estudiantil vasto, así como el consejo de maestros docentes de la institución, quienes poseen licenciaturas y otras carreras profesionales.

La escuela consta con dos edificios de tres plantas cada uno, en el primero se imparte el nivel de secundaria y en el principal, se ofrecen los niveles restantes. Se cuenta con una biblioteca, un laboratorio de química, dos canchas recreativas y una capilla donde se hace oración por las mañanas.

CAPÍTULO 1

LA AUTOESTIMA

A partir de la introducción presentada anteriormente, conviene ahora dar apertura al marco teórico del estudio, presentando la información teórica más relevante sobre las variables a estudiar.

En este primer capítulo se aborda la variable autoestima, en cuanto a su conceptualización y caracterización, con base en las aportaciones de los autores más relevantes que han desarrollado este tema.

1.1. Conceptualización de la autoestima.

La autoestima es una actitud, que se refuerza con el tiempo y se genera como resultado de la historia de cada persona. Es el fruto de una secuencia de acciones y afectos que van configurando al sujeto en el transcurso de su existencia.

Cabe mencionar que la autoestima como actitud es la forma habitual de pensar, amar, sentir, y comportarse consigo mismo; un sistema fundamental por el cual ordena sus experiencias refiriéndolas a su “yo” personal. (Alcántara; 1990).

Por otra parte se menciona que “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 que somos merecedores de felicidad” (Branden; 2010: 17).

Según el mismo autor, “la autoestima es la confianza en nuestra capacidad de pensar, en nuestra capacidad de enfrentarnos a los desafíos básicos de la vida” (Branden; 2011: 21-22).

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

1.2. La importancia de la autoestima.

Primeramente se acredita a la autoestima como una necesidad psicológica básica, es por ello que abre panoramas para la autoexploración y autovaloración como contexto básico en el que actúa y reacciona el individuo ante los diversos desafíos que se presentan en la cotidianidad.

Los desafíos básicos de la vida incluyen aspectos fundamentales para el óptimo desarrollo y adaptación dentro de la misma, por ende, la autoestima juega un papel sumamente importante en las personas.

Dicha variable es esencial para el desarrollo normal y sano, sin autoestima positiva, el crecimiento psicológico se ve perturbado. Hablando de manera general, la autoestima proporciona al ser humano resistencias, fortalezas, capacidad de regeneración, ayudándole así a poder enfrentar de manera positiva la vida.

Gracias a ello, la autoestima es una experiencia íntima, lo cual les indica que reside dentro de todos, lo que se piensa y lo que se llega a sentir sobre sí mismo, no lo puede llegar a experimentar alguna otra persona.

Como consecuencia de ello, las virtudes o prácticas esenciales de las que depende la sana autoestima son: vivir conscientemente, la autoaceptación, la autorresponsabilidad, la autoafirmación, vivir con determinación y la integridad personal.

Asimismo, la autoestima ayuda de manera muy particular a tener muchas y mejores relaciones interpersonales, habilita la facilidad con la cual se puede expresar ideas de manera más fluida, reflejando riqueza interior. Tanto los hombres como las mujeres, si confían de forma realista en su mente y el valor de ellos mismos, obtendrán confianza en todo lo que realicen, de este modo se suelen afrontar de manera adecuada a los desafíos y oportunidades que se viven con el día a día.

En conclusión, la autoestima ayuda a los seres humanos a fortalecerse y llenarse de energía. Constantemente se animan a tener éxito y se permiten disfrutarse, así como estar orgullosos de sus logros (Branden; 2010).

1.3. Origen y desarrollo de la autoestima.

Por principio de cuentas el concepto del yo y la autoestima se desarrolla gradualmente durante toda la vida, es decir comienza en la etapa de la infancia y pasa por diversas etapas de progresiva complejidad. Cada etapa aporta impresiones, sentimientos e, incluso complicados razonamientos del yo, concluyendo con un sentimiento generalizado de incapacidad o valía. (Clark y cols.; 2000).

Además, la participación de la familia en la educación de las actitudes como la autoestima es de vital importancia y de hecho, es la principal configuradora del niño; conviene hablar con claridad respecto a que muchas familias presentan un cuadro de conductas, pautas, experiencias y modelos desfavorables para el crecimiento de la autoimagen positiva en los niños (Alcántara; 1990).

Por su parte, Carrión (2007) menciona que el desarrollo tanto de la realidad individual como la capacidad de autoestima, están considerados como un proceso. Es imposible avanzar en el camino de la evolución humana sin una estima correcta y sin un crecimiento adecuado.

Del mismo modo, se debe concientizar en la parte del crecimiento personal, “donde se superan las barreras egocéntricas y se adentra a las áreas de lo transpersonal, la autoestima alcanzará un mayor grado de autenticidad y realidad” (Carrión; 2007: 13), lo cual beneficiará directamente en el comportamiento y conductas de los seres humanos.

La autoestima esta directamente vinculada a la personalidad, tanto a la real como a la ficticia o egótica, por tanto, se puede definir como el conjunto de creencias y valores que el sujeto tiene acerca de quien es, de sus capacidades, habilidades y recursos.

En conclusión, la identidad del ser humano se basa directamente en una revalorización de su estructura de personalidad, la cual se asimila al concepto que logra abstraer de su propia imagen, esto puede servirle de base para su autoestima durante el resto de su vida; la madurez que presente servirá para ponerla al día continuamente, pero si los cimientos son inseguros, entonces el desarrollo de la propia estructura de identidad y la autoestima será deficiente.

1.4. Componentes de la autoestima.

La autoestima es una forma de ser y actuar radical, es la resultante de la unión de muchos hábitos y aptitudes adquiridos; es una estructura funcional de mayor

eficacia y solidez, que engloba y orienta todo el dinamismo humano. Es la meta más alta del proceso educativo y el centro de la propia forma de pensar, actuar y sentir.

Pero realmente conviene profundizar más en el análisis de esta estructura compleja de la autoestima. La respuesta de esta interrogante viene vinculada de tres componentes; cognitivo, afectivo y conativo. Los tres operan íntimamente correlacionados, de manera que la modificación de unos de ellos conlleva una alteración en los otros (Alcántara; 1990).

El primer componente de la autoestima que menciona Alcántara (1990) es el cognitivo, que hace referencia al autoconcepto: ideas, opiniones, percepciones y procesamiento de la información. Se refiere a la propia opinión que se tiene de la personalidad y sobre su conducta, basado en creencias, convencimientos propios.

En segundo plano, Alcántara (1990) hace alusión a un componente afectivo y agrega un último, el cual titularía conductual. El segundo término hace referencia a esa dimensión que conlleva a la valoración de lo que hay en cada uno de positivo y de negativo; asimismo, el tercer elemento habla acerca de la intención y decisión que toma la persona para actuar, de llevar a la práctica un comportamiento consecuente y coherente.

Además, Branden (2008) menciona la autoafirmación como un componente indispensable, una positiva forma de fortalecer la autoestima es aprender a respetar

los deseos, necesidades, valores y pensamientos, para buscar formas adecuadas de expresarlos al mundo.

Para concluir este apartado, Carrión (2007), habla de un componente de vital importancia ,denominado eficacia personal, entendido como un perfecto equilibrio de tres cualidades humanas fundamentales: sinceridad, valor y prudencia; al igual que Branden, hace la comparación de estas capacidades para poder obtener saludable autoestima. Del mismo modo, habla del respeto hacia la propia persona y expone la posibilidad de permitirse actuar en pos de su correcta autoestima y valoración.

Por otra parte Lamb y cols. (2011) mencionan que todos los seres humanos tienen una personalidad única, la cual se basa en conceptos amplios tales como organización y construcción psicológica, estos a su vez forjan al individuo a que profundice en lo que realmente lo atrae.

Por ende, para el ser humano suele ser de vital importancia mantener un equilibrio con el autoconcepto y la imagen ideal, ya que tiende a manifestar al mundo lo que representa, de este modo, trabaja con sus propias actitudes, creencias y autoevaluaciones, logrando crear una imagen personal que le gustaría seguir.

Para concluir con este subtema, mencionan Lamb y cols. (2011) dos puntos de vital importancia para la persona, primero refiriéndose a la imagen real de sí mismo y abarcando cómo la persona puede llegar a percibir su entorno con base en sus propias construcciones; segundo, el comportamiento del ser humano en gran medida es un

autoconcepto, ya que las personas buscan proteger su identidad como individuos. De este modo, el estilo de vida se ve reflejado por las actividades, intereses y opiniones de sí mismo.

1.5 Características de la autoestima.

Para comenzar a desarrollar este apartado, se tiene que identificar de manera específica cómo una persona con sana autoestima demostrará sus sentimientos positivos hacia sí y hacia las demás personas con conductas sutiles; sonreirá, mirará a los ojos, se mantendrá erguida, alargará la mano para saludar... en general, creará un ambiente sumamente positivo y agradable (Clark y cols.; 2000).

De modo muy peculiar, el comportamiento individual suele garantizar la imagen que se presenta hacia la sociedad, de este modo la conducta se guía por motivos muy simples, como el actuar de manera que confirme la imagen que tiene de sí mismo, comportarse de manera que aumente el sentido de su valía y actuar para mantener una imagen coherente de sí mismo, sin tomar en cuenta lo que pueda cambiar conforme las circunstancias.

Gracias a ello, se puede observar visiblemente como la persona que se siente cómoda consigo misma, no está pendiente de los demás para que la reconozcan, motiven o dirijan. La autoestima influye en la creación, por ejemplo, el adolescente que posee autoestima alta - sana - buena, demuestra creatividad elevada en todo lo que

hace; y, en consecuencia recibe aprobación, lo cual contribuye a su vez a incrementar la autoestima.

Por otra parte los adolescentes con autoestima insana - mala - baja, constantemente tienen miedo de cometer errores que puedan convertirse en la desaprobación de los demás; y por ello muestran una excesiva cautela lo que los orilla a eludir compromisos y expresiones creativas que se les presenten (Clark y cols.; 2001).

También Branden (2011), habla de características de la sana autoestima y son:

- Comodidad que la persona experimente en dar y recibir expresiones de afecto, y situaciones semejantes.
- Estar abierto a la crítica y en el alivio de reconocer los errores.
- Los movimientos de la persona se caracterizan por la tranquilidad y espontaneidad.
- Armonía existente entre lo que se dice y se hace, expresarse y moverse.
- Estar abierto a nuevas ideas, experiencias y sobre todo, a las nuevas oportunidades de la vida.
- Flexibilidad personal al responder a situaciones y desafíos que se presenten.
- Mostrar capacidad por preservar la calidad de equilibrio y la dignidad en situaciones de estrés.

Asimismo, con el tiempo y el autoconocimiento, estas personas adquieren confianza en su derecho a triunfar y ser felices, logrando ese sentimiento de ser dignos y tener capacidad de afirmar sus necesidades y carencias para alcanzar sus principios morales y gozar el futuro de sus esfuerzos.

Por otra parte, este autor menciona que las características de la autoestima baja en las personas, son:

- Constantemente suelen ser manipuladas por el miedo.
- Se ven desafiadas a elevar el nivel de conciencia ante una resistencia emocional.
- Miedo a convertirse prisioneras de su propia imagen negativa.
- Confrontación a definirse como mediocres o cobardes.
- Aprensión a sentirse poco efectivas y que su conducta lo refleje.

Para concluir con este apartado, se puede observar que la autoestima se manifiesta de manera directa e indirecta en las personas, y esta a su vez emana el placer que se tiene por estar vivo a través de un rostro, un ademán, en el modo de hablar y de moverse.

1.6 Pilares de la autoestima.

La evolución y el progreso se identifican con una expansión de la conciencia, se percibe como una suprema manifestación de la vida, yendo más allá de este principio, el cual se basa en identificarse con una mayor madurez y con una visión más amplia, adquiriendo así un conocimiento superior. Es decir, vivir conscientemente, también afrontando la responsabilidad de las propias elecciones y acciones, del mismo modo, respetar los derechos de las demás personas y tratar de vivir en armonía

Según Branden (2011) se debe superar la inercia, abandonar los temores, afrontar el dolor o permanecer solos en la lealtad del propio criterio. Por muy enriquecedor que sea el entorno, la racionalidad, la responsabilidad de uno mismo y la integridad, nunca son automáticas; siempre presentan un logro.

Se dice que se debe ser libre tanto en la forma de pensar o dejar de pensar, libre de ampliar la conciencia, de avanzar a la realidad o retirarse de ella. El primer enemigo de la autoestima al que se debe vencer es la pereza, ya que se hayan terminado los recursos de esa mala costumbre, se seguirá combatiendo el segundo rival, llamado el impulso a evitar el malestar, el vivir conscientemente, tal vez obligue a enfrentarse a sus temores y estos a su vez, ayudarán a crecer y ser mejores personas.

Del mismo modo, Branden (2010) menciona de manera específica los seis pilares de los cuales depende una sana autoestima, y son:

- Vivir conscientemente es respetar la realidad sin evadirse, intentar comprender todo lo que concierne a los propios intereses, valores y objetivos.
- Autoaceptarse es comprender y experimentar sin regaños y rechazos por parte de uno mismo.
- Ser autorresponsable, lo que consiste en reconocerse como autor de las propias decisiones y acciones.
- Autoafirmación, reside en respetar los deseos y necesidades, así como el buscar la manera de expresarlos adecuadamente.
- Determinación, significa asumir la responsabilidad de identificar los propios deseos.
- Vivir con integridad, hace referencia a tener principios de conducta que respeten la forma de pensar y actuar.

Para poder vivir, conscientemente Branden (2010) concibe el hecho donde la conducta es imprescindible para la mayoría de las personas, la forma de expresar lo que son. El mayor error es no detenerse a pensar u observarse, posiblemente las personas vivan controlados por sus necesidades o su soledad.

La autoaceptación no es un simple reconocimiento o admisión de todos aquellos éxitos o fracasos que se obtengan con el tiempo, se dice que sin autoaceptación, es casi imposible obtener una sana autoestima, se bloquean en un hábito de conducta de

auto-rechazo, el crecimiento personal se ve reprimido y no se llega a la felicidad fácilmente.

Para poder objetar a favor de una sana autoaceptación se deben tomar varios aspectos importantes, concientizar sobre los propios valores, permitirse experimentar un sinfín de sentimientos para poder así llegar a una reflexión positiva. Cabe mencionar que para poder obtener una favorable aceptación, es importante no juzgar, sino estar alerta de todos los estímulos externos que nos enriquecen, y así posiblemente entre otras situaciones se darán cuenta si han hecho las actividades bien y si no, tendrán que reflexionar acerca de ello.

Resulta difícil aceptar pensamientos, sentimientos y acciones negativas, por tal motivo las personas suelen presentar constantemente conductas inapropiadas, y asimismo, el aceptar lo mejor de cada una de ellas suele ser un desafío mucho más complicado. Cualquier expresión del yo que se pueda experimentar, también suelen negarla.

Por ende, para poder comprender el potencial propio se debería aceptar y experimentar la realidad en lugar de negarla y rechazarla, hace falta valor para que el sujeto descubra quien es y sepa como actuar en consecuencia.

Constantemente, se maneja esa ausencia de sinceridad para admitir circunstancias realmente simples como la comparación entre quién es mejor que algunos compañeros de escuela o el trabajo. Hace falta sabiduría para reconocer que

las relaciones positivas tienden a fortalecer los vínculos y a crear conductas que favorecen las responsabilidades que cada persona posee y es necesario, a la vez, poder hacerse cargo de ellas; es preferible que las relaciones tóxicas culminen de una vez por todas.

La autorresponsabilidad tiende a aparecer en los individuos de manera inconsciente y espontánea, creando así cualidades necesarias para adaptarse con éxito a un mundo cada vez más complejo e imprevisible.

La práctica de la autorresponsabilidad implica hacerse cargo de uno mismo para solucionar todas aquellas situaciones que sobrelleven una decisión propia. Esto no significa que se deban de aceptar responsabilidades a lo que este fuera del alcance personal. Nadie es responsable de las acciones de las demás personas, sino de las propias.

La mayoría de las personas reconocen que son autores responsables de sus actos en algunos aspectos mayormente y en otras adversidades de menor manera, en algunas situaciones se tiende a actuar como personas adultas y en determinadas ocasiones, no. Se suele construir una interrogante muy común entre las personas que dudan de su responsabilidad, de este modo cuestionan sobre como comportarse si fuera completamente comprometida con determinada situación. Lo que la mayoría de las personas logra con este tipo de interrogantes es expandir el ámbito de su responsabilidad y la construcción de su autoestima.

Para ello, la favorable autoafirmación logrará que la persona fortalezca su trato consigo misma, su autorrespeto, y lo más importante: una sólida e inquebrantable valía. Constantemente se confunde el término con los actos negativos que suelen manifestar algunas personas, quiere decir que en lo absoluto se debe menospreciar a la demás gente para poder lograr objetivos personales; ni en determinadas circunstancias, exigir ser visto como el centro de atención o manifestarse con indiferencia a los intereses de las demás personas.

Para identificar una favorable autoafirmación, esta no debe caer en hábitos negativos como manifestarse hostil ante las demandas del entorno, asimismo, no se debe actuar de manera sarcástica o abusiva, ya que esto de inmediato manifiesta una baja autoestima de la persona.

Afrontar los propios deseos y respetar los valores que se tienen, requiere coraje y fuerza de voluntad, se deben enfrentar las adversidades de la vida, para poder vencer las barreras que detienen el goce de una sana autoestima.

En el mismo orden de ideas, se dice que cuando una persona vive con autodeterminación, sus propios propósitos se organizan y se focalizan sus energías para dar significado a la estructura de su existencia.

Para poder ser eficaz y vivir con autodeterminación, se deben realizar planes de actuación, es decir, se necesita controlar la conducta para poder así asegurar que no se esté desviando el objetivo de la meta, de igual manera, revisar si las acciones son coherentes con los pensamientos que se han procesado hasta el momento, y

finalmente, se necesitará prestar atención a las consecuencias de las acciones que se realicen, esto ayudará a determinar si realmente se están produciendo los resultados que se pretendían o preveían.

Para finalizar con este apartado, cabe mencionar que la integridad dentro de la autoestima juega un papel fundamentalmente importante, ya que si viviese sin ella, constantemente se cuestionaría sobre el verdadero origen de las circunstancias de la vida, es decir, que el carácter subyacente de cada una de las personas sería refutado sin permitirle una clara explicación, y esto a su vez dañaría la integridad personal.

De ese modo, resulta elemental dar pauta a todos aquellos principios que guían la propia vida, es preferible que se elijan de manera particular, cumpliendo con todos aquellos requisitos y demandas que exija el yo.

De esta manera consciente, la integridad se verá acreditada y se le dará mucho más peso del que se pretendía; de otro modo, si no se cumplen o se aceptan esos requisitos, la autoestima se verá dañada y sufrirá. Hay que recordar que la integridad es uno de los guardianes de la salud mental.

1.7 Medición de la autoestima.

La variable autoestima anteriormente ha sido medida mediante el uso de indicadores que permiten identificarla con facilidad. Se ha podido clasificar incluso a la autoestima en niveles que determinan una calificación: alta, media y baja.

Según González-Arratia (2001), la autoestima alta en los sujetos implica el que se consideren buenos o suficientemente buenos. En este caso, 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 fe en sus decisiones; es capaz de reconocer sus limitaciones y capacidades.

La autoestima alta está asociada con la salud mental y manifiesta las siguientes características:

- Cooperatividad.
- Capacidad de jugar solo o con otros.
- Creatividad.
- Energía positiva.
- Libertad.
- Estar dispuesto a aprender y actualizarse.
- El sujeto se relaciona adecuadamente con el sexo opuesto.
- Realiza bien su trabajo y se siente satisfecho de ello.
- Se aprecia a sí mismo y a los demás.

- Expresa sus sentimientos positivamente.
- Asume responsabilidades.
- Afronta nuevos retos.
- Tolera la frustración.
- Influye de manera positiva en los otros.
- Posee mayor independencia social.
- Presenta asertividad.
- Expresa sus opiniones claramente.
- Tiene un papel activo en las relaciones sociales.
- Experimenta una sensación de seguridad.
- Forma amistades con facilidad.
- Muestra un elevado entusiasmo hacia nuevas actividades.
- Auxilia en caso de ser necesario y sigue las reglas si es lo correcto.
- No necesita de los demás para divertirse, aunque no le desagrada la presencia de otros.
- Generalmente innova y presenta ideas favorables.
- Vida alegre y llena de gozo.
- Debido a su buen comportamiento, se siente libre de hacer las actividades sin temor a amenazas.
- Desarrolla habilidades que le permiten dirigirse a los objetivos que crea más convenientes.
- Está en constante renovación o actualización y esto le permite enfrentar los cambios con facilidad.

- Su trabajo lo lleva a cabo de una manera ejemplar, busca innovar y lo hace con entera satisfacción.
- Percibe su persona como única.
- Deja que sus sentimientos se muestren como tal, se conoce y se respeta, permite que los demás también lo hagan (González-Arratia; 2001).

De este modo, Coopersmith (referido por González-Arratia; 2001) señala que los individuos con una alta autoestima realizan sus actividades con el sentimiento de que harán lo correcto, creen que ese esfuerzo que mantienen los llevará a situaciones prósperas, aceptan las opiniones, creen y confían en sus reacciones, además de sus decisiones, por lo cual pueden mantener sus ideas aunque haya muchos más puntos de vista. La autoestima elevada conduce a la persona hacia la independencia social, dando paso a labores más acertadas, participación activa en sus grupos sociales, a la vez de que expresa sus opiniones claramente.

Asimismo, Coopersmith (citado por González-Arratia; 2001) señala que las personas con elevada autoestima se criaron y moldearon bajo condiciones de aceptación, con una definición clara de las normas y respeto, son afectivas, equilibradas y competentes.

Por otra parte, en los sujetos que presentan una autoestima media, las siguientes características definen su comportamiento:

- Suelen ser optimistas y expresivos.
- Presentan una elevada capacidad para soportar las críticas.
- Se encuentran al pendiente de la aceptación social para así borrar cualquier incertidumbre referida a su valor como persona.
- Son personas activas.
- Están en constante búsqueda de experiencias sociales que les ayuden a enriquecer su autoevaluación (González-Arratia; 2001).

Por otra parte, las personas con autoestima baja presentan las siguientes características:

- Suelen ser personas aisladas.
- Incapaces de expresarse o defenderse.
- No se sienten merecedoras de amor.
- Son demasiado débiles para afrontar sus deficiencias.
- Son personas pasivas y no participativas socialmente.
- Incapaces de expresarse o defenderse.
- Constantemente se preocupan.
- Son susceptibles a la crítica
- Sienten que no pueden resolver sus problemas
- Muestran gran cantidad de enfermedades psicosomáticas.
- Son desconfiadas de sí mismas.
- Suelen ser pesimistas.

- Se sienten desvalorizadas.
- Presentan falta de respeto por sí mismas.
- Se sienten solas.
- Deforman su propia imagen.
- Son apáticas y pesimistas.
- Son indiferentes hacia sí mismas y hacia los demás
- Dificilmente ven, oyen y piensan con claridad.
- Su valor como persona es muy bajo, por lo que esperan ser pisoteadas y menospreciadas por los demás.
- Tienen sentimientos de inferioridad, que los llevan a la envidia y celos.
- Manifiestan actitudes de tristeza, depresión, renuncia, abnegación, ansiedad, agresividad, rencor y sufrimiento.

“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).

Dentro del aspecto físico, se puede reconocer la baja autoestima de la siguiente manera:

- Al momento de saludar, lo hacen con ligereza.
- Voz débil.
- Apariencia desaliñada.
- Postura encorvada.

- Ojos sin brillo.
- Semblante habitualmente tenso.
- Inhabilidad para mirar de frente.

Los rasgos más comunes de este tipo de individuos, son:

- Demasiado sensibles.
- Tímidos.
- Usan máscaras como el orgullo.
- Jactanciosos.
- Desesperados por recibir atención.
- Necesidad de dominar las conversaciones.
- Perfeccionistas.
- Convulsivos.

Dentro de las características psicológicas que se pueden registrar entre este tipo de personas, las más comunes son: ansiedad, inseguridad, sentido de insuficiencia, bromistas; presentan envidia, desconfianza, sentimientos de desprecio hacia sí mismos, celos, y constantemente muestran una necesidad compulsiva por satisfacer las peticiones de los demás, suelen mostrar demasiado interés por el poder, el dinero y el prestigio, como también una constante necesidad de ser amados.

En los adolescentes y niños, se nota claramente el uso de prejuicios, insatisfacción, estancamiento y problemas para relacionarse, son demasiado fáciles de manipular, se desprecian a sí mismos, reprimen sus sentimientos y muestran discursos cortos y negativos.

Asimismo, Adler (retomado por González-Arratia; 2001), puntualiza que los sentimientos de inferioridad pueden producir baja autoestima; señala tres antecedentes que pueden tener una influencia negativa al respecto:

- Inferioridad orgánica: estas serían 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 de lo contrario, son seres amargados.
- Sobreindulgencia: los niños sobreprotegidos y mimados tienden a tener un valor irreal y no pueden tener relaciones sociales maduras.

De este modo, entre las características del niño con una autoestima baja, se pueden señalar las siguientes:

- Prejuicioso.
- Dirige su vida hacia donde otros quieren que vaya y se empeña en mantenerse estático.

- Se estanca, no acepta la evolución.
- Tiene problemas para relacionarse con el sexo opuesto.
- Ejecuta su trabajo con insatisfacción, no lo hace bien ni tiende a mejorarlo.
- Desprecia y humilla a las demás personas.
- Desconfía de sí mismo y de los demás.
- No conoce sus sentimientos, los reprime o los deforma, no acepta la expresión de sentimientos.
- Dice entre otras expresiones: “no puedo hacer nada bien”, “no puedo intentarlo”, “sé que no lo puedo hacer”, “sé que no voy a tener éxito”, “quisiera ser otra persona”.

Constantemente se han realizado diferentes investigaciones sobre la variable autoestima relacionadas con el desempeño escolar, con el nivel socioeconómico y se ha evaluado la autoestima en mujeres adolescentes.

Asimismo, se han realizado diversos estudios donde comprueban la variable relacionada con:

- Patrones de crianza.
- Habilidad física.
- Memoria.
- Ansiedad.
- Conducta antisocial.

- Necesidad de aprobación.
- Divorcios.
- Obesidad.
- Esquizofrenia.
- Violencia intrafamiliar, como el afecto a la conducta de los padres en la autoestima de los adolescentes.

Se han desarrollado pruebas para la medición de la ansiedad como el denominado Inventario de Autoestima del autor Stanley Coopersmith. Esta prueba psicométrica posee los estándares de validez y confiabilidad exigidos por la comunidad científica de la disciplina, los cuales se desarrollan claramente para poder así especificar dentro de que nomenclatura se encuentra la autoestima del investigado.

Este investigador realizó un cuestionario llamado Self-Steem Inventory para evaluar la autoestima de los niños. Los ítems se referían a diferentes zonas de la vida, incluyendo la escuela, las relaciones con compañeros y dentro de la familia. 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.

Así identificó cuatro dimensiones de la autoestima: competencia, virtud, poder y aceptación social (Crozier; 2001).

En su trabajo 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.

La prueba de Coopersmith traducida al español, se estandarizó en la Universidad de Concepción, en Chile por Brinkmann y Segure (1988) sobre la traducción de J. Prewitt-Díaz.

Se realizó una investigación aplicada a 1398 alumnos de ambos sexos, de primero y segundo grado de enseñanza media, lo que permitió introducir mínimos cambios en la terminología que se había usado en la traducción anterior.

El inventario quedó compuesto por 58 ítems y permite la percepción del estudiante en cuatro escalas, además de una de mentira:

- 1) Autoestima general: es el nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas autodescriptivas.
- 2) Autoestima social: es nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas autodescriptivas en relación con sus pares.

- 3) Autoestima hogar y padres: se refiere al nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas autodescriptivas en relación con sus familiares directos.
- 4) Autoestima escolar-académica: se refiere al nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas autodescriptivas en la relación con sus profesores.

Se han creado otras pruebas estandarizadas para medir la autoestima, como el 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 (Thomas; 2011).

De esta manera concluye la exposición de los aspectos correspondientes a la variable autoestima. En el siguiente capítulo se aborda, en cambio, la segunda variable de investigación.

CAPÍTULO 2

TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Una vez descrita la primera variable de investigación, se procederá a tratar la segunda, desde su fundamentación teórica. Para ello se presentarán los antecedentes históricos de la alimentación, la definición de los principales trastornos alimentarios y sus posibles causas e indicadores psicológicos.

2.1. Antecedentes históricos de la alimentación.

Jarne y Talarn (2000) indican que desde la antigüedad, en la historia de la cultura popular se han encontrado conductas alimentarias desordenadas. En la cultura cristiana la restricción alimentaria estuvo asociada también a un simbolismo religioso, practicaban el ayuno como penitencia, expresión del rechazo del mundo y medio para conseguir un estado espiritual más elevado.

Cabe mencionar que del siglo XVII se conservan documentos escritos donde se detallan casos de inanición provocada por el rechazo de alimentos; en 1973, Gull, experto clínico, constato la inexistencia de patología orgánica que justificara la anorexia y se inclinó desde el principio por una etiología psicógena.

Asimismo, en los años setenta se comenzó a adquirir una visión mucho más pragmática y heterodoxa del trastorno de la anorexia, es decir, se consideraba que la

génesis del trastorno debía converger en un conjunto de factores encadenados como los psicológicos, biológicos y sociales.

De este modo se debían reestructurar tratamientos que aborden los tres núcleos conflictivos de la anorexia: el peso, la figura y los pensamientos alterados.

Russell (citado por Jarne y Talarn; 2000) describe un cuadro caracterizado por episodios de ingesta voraz y conductas de purga posteriores que se consideraba vinculado a la anorexia nerviosa, ya que algunas pacientes anoréxicas evolucionaban bruscamente en su trastorno e iniciaba entonces conductas de ingesta voraz y de purga; la denomino bulimia nerviosa.

Para finalizar con este apartado, la obesidad, a diferencia de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, no se considera un rubro psiquiátrico, se trataría de un cuadro médico que podría comportar una serie de riesgos para la salud a partir de cierto nivel de peso por encima del considerado como el ideal.

2.2. Definición y características clínicas de los trastornos alimenticios.

Los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria. Por una parte, la anorexia nerviosa se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales y por otra, la bulimia nerviosa se define por episodios recurrentes de voracidad, seguidos de conductas

compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos, laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo, según el DSMVI-TR (APA; 2002).

2.2.1. Anorexia nerviosa.

La anorexia nerviosa se define como un deseo intenso de pesar cada vez menos, acompañado de un temor al hecho de llegar a ser obeso. El método empleado para conseguir esta pérdida progresiva de peso consiste en una intensa restricción alimentaria, ejercicio físico y conductas de purga.

Las características clínicas de la anorexia nerviosa incluyen:

- Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal, considerando la edad y talla.
- Miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso corporal.
- Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales.
- Exageración en la importancia de la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- Presencia de amenorrea (APA; 2002).

Según Jarne y Talam (2000), la anorexia nerviosa se caracteriza por la presencia de pensamientos distorsionados relacionados con la comida, el peso y la figura. Comúnmente las personas que sufren este tipo de trastorno rechazan la posibilidad de ser o llegar obesas, establecen el éxito personal y la aceptación social en el hecho de permanecer delgadas.

Cabe mencionar que las personas que manifiestan los criterios de la anorexia nerviosa, no establecen límites de peso o se centran en poder alcanzar un peso ideal, por lo regular se mantienen por debajo del que se consigue, se podría decir que es una carrera con una meta cada vez más inalcanzable.

Comúnmente, en la anorexia nerviosa se dan alteraciones en la valoración de la propia figura, constantemente las personas se evalúan erróneamente las dimensiones de su propio cuerpo y no son capaces de objetivar su delgadez externa. No valoran la gravedad de su estado y durante el tratamiento sobredimensionan las medidas o el peso de su cuerpo, por lo que provocan resistencias a la recuperación.

Por otra parte, cabe mencionar que los autores Jarne y Talam (2000) mencionan que existen dos tipos característicos de la anorexia nerviosa.

- 1) Tipo restrictivo: se caracteriza por la ingesta disminuida de alimentos, por ende, no recurren a atracones.
- 2) Tipo compulsivo/purgativo: en esta modalidad, la persona normalmente recurre a grandes ingestas de alimento y también a los vómitos inducidos

por laxantes. Constantemente utiliza diuréticos y recurre con facilidad a los atracones o purgas.

Para finalizar con el subtema, cabe mencionar que la anorexia nerviosa atípica se caracteriza por presentar pérdida de peso de manera significativa, por lo cual no se puede diagnosticar de manera sencilla; otro aspecto importante es que no cumple con todas las características clínicas de la anorexia nerviosa, haciendo más difícil el diagnóstico.

2.2.2. Bulimia nerviosa.

La bulimia nerviosa se caracteriza por los atracones y métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Se entiende por atracón como ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo, en cantidad superior a lo que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo normal. Además, la autoevaluación de los individuos con esta enfermedad se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporales.

Los individuos con bulimia nerviosa se encuentran normalmente dentro del margen de peso considerado normal, a pesar de que algunos presentan desviaciones por encima o por debajo de la normalidad. La frecuencia de síntomas depresivos en las personas con bulimia nerviosa es alta, al igual que los trastornos del estado de ánimo, en muchos individuos la alteración del estado se inicia al mismo tiempo que la

bulimia nerviosa o durante su curso, los sujetos manifiestan a menudo que el trastorno del estado de ánimo es debido a la bulimia nerviosa.

Los atracones persisten hasta que el individuo no puede más o hay dolor de estómago, asimismo, presenta preocupación por la silueta y el peso corporal, sentimientos de vergüenza y culpa que motivan a ocultar la conducta.

De acuerdo con el DSMVI-TR (APA; 2002), las características clínicas de la bulimia nerviosa abarcan:

- Presencia de atracones recurrentes, se caracterizan por ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo.
- Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento.
- Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo.
- Atracones y conductas compensatorias inapropiadas que tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses.
- Autoevaluación exageradamente influida por el peso y la silueta corporal (APA; 2002).

Según el DSMVI-TR (APA; 2002) existen dos tipos de bulimia:

- Purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso
- No purgativo: emplea conductas como ayuno, o bien, ejercicio intenso.

La bulimia nerviosa atípica se caracteriza por presentar un peso normal o superior a lo normal, las personas tienden a realizar ingestas excesivas seguidas de vómitos o purgas, acompañados también de síntomas depresivos.

2.2.3. Obesidad.

La obesidad es un trastorno crónico que requiere una atención a largo plazo. Aunque se confunde la mayor parte de las veces con exceso de peso, lo cual se debe explicar de manera más clara, lo cual lleva a definirlo como una excesiva acumulación de tejido adiposo en el conjunto corporal, un contenido graso mayor del 35 por 100 en las mujeres y 30 por 100 en los hombres (Belloch y cols.; 1995).

Parece claro que la obesidad crónica comporta serios riesgos, como la hipofagia, la hipertensión, la hiperglicemia, intolerancia a los carbohidratos, diabetes *mellitus*, trastornos cardiovasculares, trastornos pulmonares y renales. En intervenciones quirúrgicas, tal el caso en complicaciones durante el embarazo, y problemas en las articulaciones.

2.2.4. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.

Castillo y León (2000) mencionan un trastorno que se presenta por lo general en la infancia y en la niñez. La característica fundamental se ve reflejada cuando el infante rechaza los alimentos o presenta conductas alimentarias normales ante su cuidador habitual. Comúnmente se puede asociar a un proceso de rumiación o mericismo.

No se debe confundir con los pequeños caprichos tan frecuentes en la infancia y la niñez, o las variaciones de la alza o la baja de la alimentación, o si el niño muestra alguna tendencia clara a ganar o perder peso en un periodo de al menos en un mes, en cuyo caso se debe pensar que hay este trastorno.

Se asocia este trastorno a las siguientes características clínicas:

- Ingesta excesiva por estrés.
- Puede desencadenar obesidad activa.
- Es conocida también como hiperfagia psicógena.

2.2.5. Vómitos en otras alteraciones psicológicas.

Se le reconoce también con ese termino de vómitos psicógenos e hiperémesis gravídica psicógena, pueden aparecer vómitos repetidos, no autoprovocados, en cuadros disociativos, en la hipocondría, como uno de los síntomas corporales

experimentados, y en el embarazo en donde factores emocionales pueden facilitar la aparición de vómitos o náuseas recurrentes (Castillo y León; 2000).

2.2.6. Trastorno por atracón.

Se caracteriza por la aparición de hartazgos recurrentes en los que el paciente pierde el control, sin conductas compensatorias típicas de la bulimia, por ejemplo: la autoprovocación del vómito, el uso de laxantes, y/o diuréticos, el ejercicio físico excesivo, entre otros. Tras la realización de los atracones, el sujeto experimenta un gran malestar con sensación de disgusto, culpabilidad e incluso depresión. Se le puede ver comiendo de forma rápida, sin hambre y con una desagradable sensación de plenitud (Castillo y León; 2000).

Los síntomas característicos de este trastorno se pueden identificar por estados de ánimo disfóricos, como depresión y ansiedad. También se puede observar que algunas personas con estos trastornos no logran identificar ningún desencadenante, aunque experimentan una tensión inespecífica que se alivia tras el atracón, incluso algunas personas hablan de sentimientos de abotagamiento o dopaje.

Según Castillo y León (2000), es muy común encontrar sobrepeso u obesidad, en casos de personas que han probado con numerosas dietas en las que han fracasado, y algunos de los síntomas de este trastorno son:

- Aparición de atracones recurrentes, perdiendo el control de los mismos.
- Sin conductas compensatorias.

- Experiencia de malestar, sensación de disgusto.
- Culpa.
- Depresión.
- Comer sin hambre.
- Aparición después de una pérdida significativa de peso lograda por una dieta.
- Prueban numerosas dietas.
- Acostumbran comer a solas.

2.2.7. Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia.

El CIE-10 (retomado por Castillo y León; 2000), hace referencia a un trastorno que se presenta por lo general en la infancia y en la niñez. La característica fundamental se ve reflejada cuando el infante rechaza los alimentos o presenta conductas alimentarias normales y esto lo presenta ante la persona que se encarga de su cuidado.

El rechazo alimentario es un síntoma que puede aparecer en múltiples patologías psiquiátricas. Una de ellas puede ser la anorexia nerviosa; en primeras etapas las personas no pierden el apetito, pero rechazan la comida. Las personas psicóticas pueden darse, si presentan una ideación delirante de alimento, es decir, creen que la comida existe veneno.

Cabe mencionar que existen otros tipos diferentes de conductas alimentarias en la infancia: la pica es un trastorno de la conducta alimentaria en el que el sujeto ingiere de forma persistente sustancias no nutritivas, se considera una conducta anormal cuando aparece por encima de los 18 meses.

El trastorno de rumiación o mericismo, es poco frecuente debido a que aparece entre los tres y doce meses. Consiste en la regurgitación repetida de la comida ingerida, se acompaña de la pérdida de peso o incapacidad para ganar el esperado para la edad del niño, debido a que la comida es expulsada o, en otras ocasiones, de nuevo deglutida. Puede aparecer en los niños con retraso mental o trastorno generalizado del desarrollo (Castillo y León; 2000).

Para finalizar con este subtema, se describe el trastorno denominado potomanía: según Castillo y León (2000), se trata de la ingesta excesiva de líquidos, habitualmente agua. La potomanía se puede encontrar en los pacientes estructuras de carácter histérico, se puede ver también como síntoma, en sujetos aquejados de anorexia nerviosa en los que el objetivo de la ingesta excesiva de agua es el de inducir saciedad o engañar sobre la ganancia ponderal de peso.

2.3. Esfera oroalimenticia en el infante.

En la serie de reflejos humanos, el automatismo oroalimenticio de succión y deglución aparece muy tempranamente. Los movimientos de succión labial, provocados al tocar con los dedos, existen ya desde el nacimiento (Preyer y Thomas, citados por Ajuriaguerra; 1973).

La relación oral en los infantes aparece como una de las primeras formas de contacto con el mundo exterior, la madre aun no es objeto amado, menciona Laforgue, sino una dependencia infantil; es “la madre alimento”. Esta relación no tiene carácter específico, parece una simple respuesta a simples estímulos, al contacto con los dedos y con el pecho. Una vez tocado el seno, tiende a obrar por repetición. Con todo, cabe mencionar que el niño reacciona más cuando tiene hambre que cuando está saciado (Ajuriaguerra; 1973).

La actividad oral es fuente de satisfacción biológica y necesidad de nutrición. Se dice también que es una fuente de contacto mediante la adecuación de un estímulo externo consistente en coger y dejar, un juego de labios o mordiscos, de ingurgitación y regurgitación.

Según Jiménez (1997), la succión infantil de contacto-apropiación bloqueada por esta su inmadurez de movimientos, es una forma primitiva con su relación con el mundo exterior. Durante un tiempo la boca será el único medio de apropiarse a los objetos, contribuyendo a un importante conocimiento del cuerpo (dedo del pie hacia la boca); ese inicio del conocimiento se completará al captar visual o táctilmente el mundo externo, cuando ya le será posible localizar un cuerpo fuera de su propio cuerpo.

Además de ello, el acto del tetar no responde exclusivamente a la satisfacción que le produce el comer, sino que procura un auténtico placer. El infante descubrirá que la excitación de la boca y los labios le place, aunque no vaya acompañada de comida. El hecho de chupar el pulgar se constituye como muestra del automatismo succionador para lograr el placer cuando no tiene a su alcance el seno materno.

2.3.1. Organización oroalimenticia.

El reflejo oroalimenticio es una de las primeras formas de relación con el mundo externo, asimismo, la actividad oral es una fuente de satisfacción y sacia la necesidad e nutrición. Por otra parte, el infante, para poder apropiarse de los objetos (personas) busca esa fuente de contacto, como podría ser con la madre.

Ajuriaguerra (1973) destaca que el brindar alimento a un niño no es un simple acto nutritivo, o proporcionar algo por vía oral, sino una entrega por parte de la madre de sí misma, no solamente por el pecho que alimenta, sino por la simple actitud que presenta. En el tetar, el niño halla su comodidad, una posición acariciadora, un olor característico; todas sus ansias son satisfechas y son inseparables. No solo se le satisface su hambre, sino toda sus necesidades, asimismo, el recién nacido percibe inconstantemente el objeto del que puede obtener el bien, quiere decir que reconoce a la madre como suministradora de alimento.

Del mismo modo, el destete se hace al correr del segundo semestre, y puede constituir un grave trauma tanto para la madre como para el niño. Entre ambos se produce una ruptura cuando el niño todavía no está maduro. Durante el destete o al disminuir el número de comidas, el niño comienza a chuparse el dedo; debido a que comienza la adaptación a la sociedad utiliza la comida como medio de cambio. La madre hace uso de todas las artimañas para hacerle comer y el niño para hacerse rogar (Ajuriaguerra; 1973).

Por otra parte en las primeras formas de relaciones madre-hijo van íntimamente unidas a actos de comer, el placer narcisista que a ciertas madres les produce el ver al menor comer sin complicación, con el que se sienten rápidamente liberadas y ambos son mutuamente satisfechos, puede modificar favorablemente la relación inicial.

El comer significa varias cosas: alimentarse, sentir placer, un acto cuya finalidad última es crecer. En el niño muy pequeño puede haber un arcaico sentido antropofágico, es decir, que le genera placer el morder la piel humana.

Es así como Ajuriaguerra (1973) destaca que son las madres demasiado ansiosas, sobreprotectoras o rígidas modelan, paradójicamente, la personalidad del infante al alimentarlos inadecuadamente.

2.3.2. Alteración en la esfera oroalimenticia.

La anorexia esencial precoz aparece en las primeras semanas de vida o el primer día, se conoce también como la anorexia del recién nacido, se da especialmente

en niños con poco peso, nerviosos o deprimidos. Muestran pasividad ante la comida y pasados algunos meses se muestran reacios a comer.

Por otra parte, la anorexia del segundo semestre, también es denominada anorexia inerte o de oposición; esta alteración es más frecuente, aparece entre el quinto y el octavo mes.

Según el comportamiento infantil ante la comida se señalan dos tipos de anorexia (Ajuriaguerra; 1973):

- Anorexia inerte: el niño no tiene iniciativa, no coopera, algunas veces no ingiere, se le escapa la leche por las comisuras de los labios o incluso vomita la poca que haya podido tomar.
- Anorexia de oposición: es un auténtico enfrentamiento, el menor reacciona de manera reacia hacia la comida, con chillidos, agitación, rechazo y vómitos; entablará luchas donde siempre saldrá victorioso y el adulto, siempre agotado.

En el segundo semestre de vida del infante, se distinguen dos tipos de anorexia:

- Simple: al comienzo semeja una reacción al destete, ante cambio de alimentación o ante un accidente patológico, como sería el caso de una anorexia orgánica, fundamentalmente es una conducta de rechazo en un nivel primario y no se considera como pérdida de hambre o del apetito.

- Compleja: se distingue por la intensidad de los síntomas y por la resistencia de los trastornos habituales. El infante manifiesta en su actuación que el alimento no le interesa, los casos de anorexia más graves casi siempre responden a un conflicto en la relación con la madre (Ajuriaguerra; 1973).

2.4. Perfil de la persona con trastornos alimenticios.

Para poder comenzar a hablar del perfil de la persona que puede desarrollar el trastorno alimentario, es conveniente saber a manera de antecedente, que no se puede describir a una persona en riesgo, debido que cuando se observa el posible trastorno, este ya se ha instalado y ha hecho cambios en la personalidad del sujeto (Costin; 2003).

La combinación del ámbito personal y familiar, como también con otros factores contextuales, precipita a que la persona manifieste su exposición ante dicho trastorno, de este modo, lo que perpetúa el problema de alimentación se relaciona directamente con los actos voluntarios de la persona, en función de sus relaciones personales y su alimentación.

Además de ello, Costin (2003) menciona que los problemas con la autonomía son fuertes indicadores a la predisposición de los trastornos alimentarios, comúnmente los jóvenes que viven pendientes de lo que las demás personas esperan de ellos, así como de cumplir con los ideales de sus padres o darles la satisfacción a los demás,

les deja muy poco margen de seguridad para desarrollar su criterio personal o para poder hacer planteamientos propios de una etapa de crecimiento.

“En general, los jóvenes que padecen este tipo de trastornos viven en una etapa que naturalmente esta enriquecida de situaciones bastante cambiantes.

- Cambios de escuela.
- Cambio de amigos.
- Se mudan de casa.
- Relación con los padres” (Costin; 2003: 75).

Algunas veces, la dificultad para encarar situaciones y resolverlas hace que una persona vulnerable desarrolle un trastorno de la alimentación y convierta su cuerpo en símbolo de la alimentación, control, autonomía e identidad.

Sin embargo, el déficit en la autoestima juega un papel importante: se dice que los parámetros para la autoestima varían en ambos sexos; “en el caso de la mujer, en general, la autoestima esta más conectada con factores como la imagen externa o apariencia, la aprobación de la pareja y responder a las necesidades de los demás. En cambio en el caso del varón, se vincula con la fuerza y la apariencia masculina que se busca reflejar.” (Costin; 2003: 74).

No obstante se tienen que seguir varios caminos para poder lograr la perfección y el autocontrol, la tendencia al perfeccionismo es bastante común entre los jóvenes. El sufrimiento y la sensación de ineficacia las hace muy exigentes, a tal punto que nunca sienten que lo que hacen es suficientemente bueno.

Por último, Costin (2003) enfatiza la importancia de esa búsqueda de perfección que también se desplaza al peso corporal; para lograr la excelencia, es preciso mantener el peso y el cuerpo ideal a cualquier costo, de este modo, las personas afectadas terminan convencidas de que si lograsen aquel cambio anhelado, también lograrán cambiarse a sí mismas. Este perfeccionismo refuerza la sensación de inseguridad, exige no fallar, en lugar de afirmar al individuo en sus recursos; por ello, las personas que manifiestan este tipo de trastornos son jóvenes que no soportan que las circunstancias no estén bajo su control, de este modo surge el área de la comida y el peso como un campo que dentro de sus alcances es posible controlar. El perfeccionismo le permite ser humano.

2.5. Causas del trastorno alimenticio.

Según el Costin (2003), la mayoría de los adolescentes y adultos hace dieta no por el colesterol temprano, sino simplemente para poder lucir esa figura atlética y esbelta que tanto anhelan. Naturalmente, el comer es una acción que se lleva a cabo cotidianamente, cumpliendo con las normas físicas de satisfacer al organismo y nutrirlo. De este modo es como el aprendizaje, las creencias, actitudes, y la constitución psicofisiológica, muestran cómo los alimentos representan aspectos de

identidad del sujeto en términos de género, sexualidad, conflictos y autocontrol, comunican amor y poder.

Existen factores predisponentes que se asocian con el trastorno alimentario, como los socioculturales, familiares, e individuales. Asimismo, los precipitantes son aquellos que se adelantan a cualquier hecho o situación sin importar haberlo hecho con arrebatos o prudencia, tal es el caso de los estresores, las dietas extremas y la pérdida de peso. Cabe mencionar que los perpetuantes se mantienen por mucho tiempo, como las secuelas fisiológicas y psicológicas, en el caso de atracones y purgas.

2.5.1. Factores predisponentes individuales.

La comida tiene un complejo conjunto de significados. Como señala Hunter, la comida es prestigio, estatus, y riqueza... “es un medio de comunicación y de relaciones interpersonales, como una manzana para el maestro, o una expresión de hostilidad, amistad, afecto o comodidad. Es un medio de placer y gratificación personal, expresión de individualidad y sofisticación. Hay comidas de domingo y comidas de diario, comidas familiares y comidas de invitados” (Ogden; 2005: 65).

Según Ogden (2005), existe más de una clasificación de la comida:

- Comida frente a no comida: hace referencia este término a las que son comestibles y las que no lo son.

- Comidas sagradas frente a profanas: distingue entre las validadas por las creencias religiosas y las que no lo son.
- Clasificación de comidas paralelas: indican que los alimentos puede calificarse como calientes o fríos, culturalmente hablando.
- Comida como medicina: describe la relación y el solapamiento que existe entre ambas.
- Comidas sociales: la comida puede entenderse como forma de afirmar y desarrollar relaciones, simbolizar estatus mediante platos raros, caros o deliciosos.

Como Ogden (2005) menciona, la comida como afirmación del yo, facilita la información sobre la identidad personal, y actúa como una comunicación de necesidades internas, conflictos y del sentido del yo.

Respecto a la comida y sexualidad, las explicaciones de la asociación entre la comida y el sexo, suelen destacar la semejanza biológica entre las dos actividades, por tratarse en ambos casos de un impulso básico para la supervivencia. Ambos pueden ser placenteros e implican vulnerabilidad al violar los límites corporales normales (Ogden; 2005).

En cuanto a comer como conducta de negación, Lawrence “describía también este conflicto en el análisis de sus pacientes y observaba que la comida es una fuente del placer, pero con frecuencia no para las personas que tienen la responsabilidad principal de facilitarla. Las mujeres tienen el control sobre la comida, pero al mismo

tiempo, se niegan a sí mismas el placer del comer. En consecuencia, la comida comunica y encarna un conflicto entre la conducta del comer y la negación, sobre todo para las mujeres.” (Ogden; 2005: 70).

Por otra parte, tras el consumo de cierta cantidad de comida aparece la culpabilidad y los sentimientos de vergüenza, una sensación de complejo, desesperación, perversidad. En consecuencia, la comida es un foro para los conflictos entre la culpa y el placer, según Ogden (2005).

La comida representa el autocontrol o la pérdida de control, el ayuno y la negación a comer provocan una reacción de asombro; asimismo, es un instrumento corriente de comunicación en la familia, con frecuencia, el comedor es lo único que reúne a sus miembros.

En lo que concierne a comida como identidad cultural y religiosa, el reparto del alimento reflejaba las relaciones de poder y las divisiones sexuales dentro de la familia, dándose, en concreto, las porciones mayores de carne a los hombres, mientras que los niños y las mujeres ocupaban posiciones secundarias en la jerarquía familiar. Asimismo, la comida como poder social, es el símbolo primordial del valor colectivo, también como componente esencial de la subsistencia humana y su falta constituye una muestra de desigualdad (Ogden; 2005).

2.5.2. Factores predisponentes familiares.

Costin (2003) destaca que una posible predisposición a los trastornos alimenticios es la dificultad que tienen ciertas personas para funcionar de forma discriminada de la familia o de otros patrones externos.

De este modo, las personas con trastornos alimentarios, son procedentes de familias con:

- Poca comunicación e incapacidad para resolver conflictos.
- Sobreprotección por parte de los padres.
- Rigidez y falta de flexibilidad para encarar situaciones nuevas.
- Ausencia de límites generacionales.
- Expectativas demasiado altas por parte de los padres.
- Historias familiares que incluyen depresión y alcoholismo.
- Abuso sexual y físico, lo que produce fronteras problemáticas.
- Jerarquías alteradas y fallos en el control.
- Las familias suelen inhibir la agresividad y la hostilidad.
- Los padres incrementan la rivalidad entre los hermanos al compararlos abiertamente, lo que produce tensión familiar.

Es innegable que las familias tienden a reflejar en pequeño los conflictos sociales amplios, o las ideologías imperantes en cada persona social. Los miembros de cada familia reproducen en sus vidas individuales los valores que absorbieron durante el crecimiento.

“Naturalmente para un joven que crece en el seno de una familia donde el cuidado de la imagen externa es lo fundamental; donde la figura y el peso corporal ocupan un lugar predominante es las preocupaciones de los adultos, es muy difícil escapar de esa influencia.” (Costin; 2003: 83).

En conclusión, “constantemente nos preocupa sobremanera la incidencia que tendrá sobre la próxima generación de jóvenes el ser hijos de los padres más obsesionados con el peso y la figura corporal que haya existido en todos los tiempos.” (Costin; 2003: 84).

2.5.3. Factores socioculturales.

El contexto sociocultural premia la delgadez y tiene prejuicios contra la gordura, la sociedad comunica que el papel más importante de la mujer es ser atractiva físicamente, hay la presión social para ser súper mujer; la delgadez es sinónimo de estatus social Costin; 2003).

Los prejuicios contra la obesidad se pueden clasificar como ofensivos y ciertamente dañinos contra la autoestima de las personas, se suele enjuiciar a las personas que comen más debido a la estrecha relación con los problemas psicológicos que estos puedan presentar, la obesidad es asociada a un alto incremento de mortandad entre sujetos, cabe resaltar que los tratamientos con dietas suelen ser satisfactorios.

Debido a lo anterior, el peso tiene un significado importante en la autoestima y felicidad de las personas, los medios tienden a prometer figuras humanas esbeltas y de vida sofisticada, de gran aceptación social y éxito, lo cual provoca que los seres humanos se fuercen a niveles incomprensibles para lograr la meta deseada sin cuestionarse sobre el costo de ello (Costin; 2003).

2.6. Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio.

Una de las características psicopatológicas que se observa en los enfermos diagnosticados de trastorno de la alimentación es la presencia de perturbaciones de la imagen corporal. Las personas que manifiestan una gran insatisfacción con su propio cuerpo y con ellos mismos, pueden presentar una baja autoestima. La obsesión por obtener un bajo peso y un aspecto de extrema delgadez, está íntimamente unida a un deseo de búsqueda de la satisfacción personal que se deriva de ello (Jarne y Talarn; 2000).

Ogden (2005) menciona que la imagen corporal es la misma representación diagramática del propio cuerpo de la conciencia, es decir, que cada que se observan las personas a sí mismas, pueden notar cambios o no, dependiendo del estado emocional en el que se encuentren.

En el mismo sentido, los sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo, se ven modificados y alterados dependiendo de la condición integral en ese momento. Lo

anterior representa dos aspectos fundamentales en el ser humano: el cognitivo y emocional.

Respecto a la percepción del cuerpo, que en estos casos existe insatisfacción corporal, la cual, según Ogden (2005) implica:

- Imagen corporal deformada: varios estudios han demostrado que la inmensa de la mayoría de las personas, con independencia de que tengan o no trastornos alimentarios, creen que son más voluminosas de lo que son en realidad.
- Discrepancia del ideal: es otra perspectiva que no conlleva la comparación con el volumen real de la personal, se ha demostrado de forma consistente que a la mayoría de las personas les gustaría ser más delgadas de lo que son y gran parte de los hombres desearían quedarse como están o ganar algo más de volumen.
- Respuestas negativas al cuerpo: la insatisfacción corporal puede conceptualizarse como una discrepancia entre la percepción que tiene de individuo del volumen de su propio cuerpo y el real.

La insatisfacción corporal es la constante estimación deformada del tamaño corporal y una percepción de que el cuerpo es más voluminoso de lo que es en realidad. Cabe mencionar que las mujeres presentan mayor insatisfacción corporal con respecto al estómago, las caderas, muslos y trasero.

Por otra parte, Ogden (2005) menciona que los hombres tienden a preocuparse más por su aspecto físico, por la fuerza de su tronco y su condición física; luchan constantemente por conseguir un volumen ideal, diferente al que perciben; manifiestan su satisfacción con los brazos, espalda, pecho y estomago.

Existen diversos factores de insatisfacción corporal, los cuales son:

Sociales:

- Medios de comunicación: las revistas, periódicos, televisión, cine e incluso las novelas utilizan cierto tipo de imágenes, y estas a su vez anuncian objetos relacionados con el volumen corporal, como alimentos, ropa, sea cual fuere la respuesta social hacia esos estímulos, los medios inculcan que la delgadez es la norma adecuada
- Cultura: ha influido en la insatisfacción corporal, prestando especial atención a su carácter étnico y su clase social. Hasta el momento las investigaciones que analizan el papel de la cultura son limitadas y las conclusiones, provisionales.
- En el papel de la familia ha destacado el rol de madre, indicando que están descontentas con su cuerpo y comunican esto abiertamente a sus propias hijas, lo que lleva a la misma insatisfacción corporal de las mismas.

Psicológicos:

- Creencias: aunque los factores sociales, como la clase social, y el carácter étnico pueden estar relacionados con la insatisfacción corporal, es probable que su influencia este medida en el papel que desempeñan las creencias de las persona insatisfecha de los miembros de su familia con respecto al cuerpo de la persona (Ogden; 2005).
- Control: como medio para explicar cómo se traducen las influencias sociales.

Por otra parte, las respuestas negativas hacia el cuerpo se pueden manifestar de diversas formas, una de ellas se detecta con los sentimientos y pensamientos negativos hacia el mismo cuerpo, de este modo surge de inconformidad la discrepancia

En este sentido, las consecuencias de la insatisfacción corporal abarcan:

- Sometimiento a un régimen alimentario.
- Ejercicio físico.
- Fumar.
- Cirugías estéticas,
- Crítica a la totalidad del cuerpo y a sus partes.
- Trastorno de la imagen corporal.

Además de ello, el trastorno de la imagen corporal se caracteriza por una interpretación cognitiva de sus estímulos interoceptivos y su sensación de no control respecto a las propias funciones corporales.

En conclusión, se puede conceptualizar la insatisfacción corporal como una deformación del volumen corporal en comparación con una medida objetiva del volumen, como una discrepancia entre el ideal y la percepción del volumen corporal real o simplemente como los sentimientos y pensamientos negativos con respecto al cuerpo (Ogden; 2005).

2.7. Factores que mantienen los trastornos alimenticios.

Costin (2003) señala que las prácticas de control de peso y las obsesiones con las dietas dejan de ser para la persona una solución al problema del sobrepeso y se convierten, justamente, en lo que mantiene o perpetúa el trastorno.

Para ello, se comenzará hablando acerca de la exposición de las complicaciones de orden fisiológico y psicológico.

1) Las prácticas de control de dietas.

- La deficiente alimentación tiene complicaciones de orden fisiológico, psicológico, cognitivo y social.

- Psicológico: transformaciones anímicas, como visión pesimista sobre sí mismos, sobre el futuro y sobre las posibilidades de pensar o ver algo diferente al respecto.
- Cognitivo: falta de concentración, de comprensión y dificultades en el estado de alerta.
- Social: presentan aislamiento, incomodidad en la interacción con otras personas, disminución marcada en su interés amoroso y sexual.
- Fisiológico: cefaleas, hipersensibilidad a la luz y a los ruidos, molestias gastrointestinales, problemas de visión y audición, adormecimiento de miembros, calambres, pérdida de cabello, enlentecimiento metabólico y poca tolerancia a los cambios de temperatura.

2) Transformaciones físicas.

- Cefaleas, hipersensibilidad a la luz y a los ruidos.
- Molestias gastrointestinales, problemas de visión y audición.
- Adormecimiento de miembros, calambres, pérdida de cabello, enlentecimiento metabólico.

3) Actividad física.

- Cansancio, abulia,
- Debilidad, falta de energía.

Según Costin (2003), la predeterminación del peso corporal explica las diferencias marcadas que existen entre los individuos para situarse en distintas escalas del peso, así como las distintas escalas de peso con mayor o menor facilidad.

Cuando la ingesta es menor a la necesaria para el funcionamiento general del organismo, el cuerpo va a quemar menos calorías y se detiene la baja de peso.

La deprivación alimenticia es formadora de hábitos. Las personas sometidas a una restricción alimentaria severa desarrollan modos de vincularse con la comida y hábitos de los cuales es bastante difícil escapar, de este modo, la comida se vuelve una obsesión que enferma. Lo adictivo es la dieta y no la comida en sí misma, hacer dieta es lo que lleva a toda la sintomatología, de la cual se pretende salir con nuevos esfuerzos de control de comida, para esta vez poder lograrlo y recuperar el bienestar (Costin; 2003)

2.8. Trastornos mentales asociados a los trastornos alimentarios.

Los trastornos de alimentación se presentan en mayor o menor medida en prácticamente todos los trastornos psicopatológicos. A pesar de ello, su forma de aparición acostumbra ser episódica, fugaz y está muy ligada a la misma enfermedad base (Jarne y Talarn; 2000).

- 1) Trastornos de la alimentación en la esquizofrenia.

La presencia de alteraciones alimentarias en las psicosis esquizofrénicas es muy frecuente, tanto en los episodios agudos como en las evoluciones cronicadas. Los trastornos que se encuentran no son de tipo primario, sino que habitualmente se relacionan con el cuadro clínico que presenta el enfermo (Jarne y Talarn; 2000).

Se debe descartar en primer lugar el rechazo absoluto de la alimentación, recordando que en este tipo de pacientes es común la característica de la catatonia, por ese motivo, la falta de contacto con el medio caracteriza este trastorno y conduce a la negativa de ingerir alimento.

Más frecuentemente se observa la negativa por parte del paciente a ingerir algunos o todos los alimentos que se le ofrecen, debido a la presencia de ideación delirante de envenenamiento, aunque este tipo de trastorno sea propio de las fases agudas de la esquizofrenia, la persistencia de la idea delirante puede prolongar, durante largos periodos de tiempo, a estos trastornos alimentarios.

Por último, no hay que olvidar que la mayoría de los fármacos empleados en el tratamiento de la esquizofrenia aumentan el hambre y conllevan incrementos ponderales muy notables.

2) Trastornos de la alimentación en las depresiones.

Según Jarne y Talarn (2000), en la mayoría de los casos se observa una disminución de la ingesta, con o sin repercusión ponderal, pero a veces se evidencia una ingesta excesiva, los trastornos alimentarios se pueden presentar en las depresiones melancólicas delirantes, donde las personas que manifiestan este trastorno dejan de comer por las ideas delirantes.

Un caso especial es el síndrome de Cotard, en donde se mezcla la idea delirante nihilista y la hipocondría, los pacientes recurrentemente mencionan que están vacíos o tienen los órganos internos podridos, motivo suficiente para no comer.

Respecto a las depresiones menores y reactivas el trastorno alimentario no es, como en las melancolías, tan intenso, ni aparece al inicio de la enfermedad. Su presencia se relaciona temporalmente con el nivel de tristeza más alto del enfermo y corresponde con la fase aguda del trastorno.

3) Trastornos de la alimentación en la manía.

En la fase aguda de la manía, los pacientes pueden pasar mucho tiempo sin tener la necesidad de alimentarse o, por el contrario, solicitar una gran cantidad de comida, aunque la ingesta sea normal.

Del mismo modo, en la fase hipomaniaca puede existir una alimentación excesiva, tanto en cantidad como en preferencias alimentarias (Jarne y Talarn; 2000).

4) Trastorno de la alimentación en las fobias.

El sujeto, a partir de una experiencia traumática, desarrolla un cuadro fóbico en el que aparecen las conductas de evitación y ansiedad anticipatoria. Mucho más grave resulta, por las consecuencias inmediatas sobre el enfermo, las fobias a tragar por miedo a asfixiarse y morir.

Sus incapacidades clínicas van desde la deglución de líquidos y sólidos, las personas que presentan estas características comúnmente presentan fobias a alimentos concretos, en algunas ocasiones no mantienen la lógica entre tamaños y texturas, lo cual retrasa el tratamiento.

5) Trastornos de la alimentación en la ansiedad.

Se pueden observar alteraciones por defecto o por exceso, el trastorno ansioso de presentación aguda suele cursar con pérdida de apetito moderada intensidad, mientras que en los de curso cronicado, la pérdida, aunque es moderada, puede llegar a sostener problemas ponderales estimables.

6) Trastornos de la alimentación en el trastorno obsesivo-compulsivo.

En algunas ocasiones se logra observar en este tipo de trastorno una forma de alimentación lenta, donde se escogen los alimentos con una especial meticulosidad, a esto se añade la compulsividad y la duda, donde las ideas de contaminación y suciedad pueden modificar de forma importante los hábitos alimentarios.

2.9. Tratamiento de los trastornos alimenticios.

El tratamiento de la anorexia se puede llevar a cabo con un método multimodal o con un programa de intervención que incluya peso, figura y cognición. Las intervenciones que se desarrollan son de tipo ambulatorio y de tipo hospitalario (Jarne y Talam; 2000).

Se debe trabajar con puntos clave para poder lograr una recuperación ponderal, o un estado físico normal.

- Recuperación ponderal: la rehabilitación nutricional y la normalización dietética corrigen las secuelas fisiológicas y psicológicas que la problemática de nutrición perpetúa.
- Psicológico: este método será la piedra angular para un adecuado tratamiento terapéutico en contra de la anorexia nerviosa. Las intervenciones psicoterapéuticas con poco efectivas en las fases más graves de la enfermedad, esto se relaciona con el bajo peso y el deficiente funcionamiento del organismo. En este caso, la psicoterapia de refuerzo, las técnicas de relajación y las sesiones psicoeducativas facilitan que los pacientes no vean

el programa conductual excesivamente coercitivo. Por otra parte, la terapia cognitivo conductual se ha revelado como la más exitosa, debido a que para este método, la anorexia nerviosa sería un conjunto de conductas reforzadas por factores ambientales que gratifican la delgadez, y por estímulos aversivos que provocan la ansiedad.

- Dietético: se deben analizar varios puntos para poder evaluar si la dieta que se aplicara será administrada vía sonda, o bien, se empleará alimentación nasogástrica.
- Farmacológico: este método es un auxiliar del método psicológico y psicopatología, por su relación con la ansiedad y depresión, con acciones específicas en el apetito,
- Familiar: progresivamente se va integrando a la familia, dependiendo del avance de las pacientes, ya sea en el ambiente ambulatorio u hospitalario.

Rausch (1997) menciona que el tratamiento para la bulimia nerviosa, debe restablecer pautas nutricionales normales, así como la recuperación física, en la cual es indispensable la estabilización del peso, rehidratación y normalización electrolítica, al igual que la corrección de anomalías físicas.

Se debe trabajar también la parte mental de la persona dañada, asimismo, manejar el estado de animo, tratar los posibles trastornos de la personalidad, evitar abuso de sustancias y corregir el estilo cognitivo erróneo. De igual manera, es

necesario restablecer las relaciones familiares adecuadas, como aumentar la participación, comunicación, tratar de restablecer pautas y roles.

Se deben corregir pautas de interacción social alteradas, entre las cuales se encuentran: la aceptación del trastorno, afrontar los fracasos, aceptar la responsabilidad, vencer la impotencia y evitar buscar marcos sociales denigrantes.

El modelo cognitivo conductual se relaciona con el pensamiento, emoción y comportamiento manifiesto, dando pauta al paciente a examinar la validez de sus creencias en el presente, según Rausch (1997).

Una vez expuestas las particularidades concernientes a los trastornos alimentarios, se concluye el marco teórico y se da paso a la metodología empleada en el presente trabajo.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

El presente capítulo consta de dos partes: en la primera se describe la metodología, la cual comprende el enfoque, método, técnicas e instrumentos utilizados en esta investigación, así como la información de la población que se estudió; mientras que en la segunda parte se mencionan los resultados obtenidos en la investigación de campo.

3.1. Descripción metodológica.

En este apartado se describe el plan metodológico que se tomó como referencia para recolectar y procesar la información. Esto incluye el enfoque, diseño, extensión temporal, alcance, técnicas e instrumentos que se emplearon.

3.1.1. Enfoque cuantitativo.

En este apartado se habla de los enfoques que existen en la metodología de la investigación, haciendo alusión al enfoque cuantitativo y cualitativo, sin dejar fuera el mixto. Estos enfoques marcan las estrategias para implementar la recolección de los datos de la realidad.

Estos enfoques comparten características similares, que se relacionan entre sí; no obstante, en el enfoque cuantitativo se presenta una serie de pasos que rigurosamente se deben seguir. A continuación se describen de manera textual.

1. Llevan a cabo la observación y evaluación de los fenómenos.
2. Establecen suposiciones o ideas como consecuencia de la observación y evaluación realizadas.
3. Demuestran el grado en que las suposiciones o ideas tienen fundamento.
4. Revisan tales suposiciones o ideas sobre la base de las pruebas o análisis.
5. Proponen nuevas observaciones y evaluaciones para establecer, modificar y fundamentar las suposiciones e ideas; o incluso generar otras (Hernández y cols.; 2010).

Cuando se habla del enfoque cuantitativo, se refiere a ese conjunto de procesos que se agrupan para denominar una investigación. El orden es riguroso en este método. En la presente investigación se pone de manifiesto este tipo de enfoque al hacer uso de la observación cuantitativa y generar en ella datos numéricos del comportamiento de los alumnos en el momento del experimento.

Las características que describen este método son empleadas dependiendo de la caracterización de cada investigación. Cabe mencionar que el investigador plantea un problema de investigación concreto y delimitado, a partir de esto se realiza un marco teórico, con hipótesis, y con una gran cantidad de información para recolectar

información. Al final, con los estudios cuantitativos se intenta explicar y predecir los fenómenos investigados buscando regularidades y relaciones causales entre elementos. Lo que significa que se busca es la construcción y demostración de teorías (Hernández y cols.; 2010).

De este modo, este estudio se consagra como enfoque cuantitativo, ya que se intenta cumplir con normas que previamente se establecieron, para poder obtener resultados lúcidos y homogéneos.

Los datos empleados en este método deben ser numéricos, para poder tener un análisis estadístico más a detalle, se debe ser lo más objetivo posible. La investigación cuantitativa pretender identificar leyes universales y causales.

3.1.2. Investigación no experimental.

Una investigación no experimental se caracteriza por realizarse sin la manipulación deliberada de variables, solo se observan los fenómenos de su ambiente natural para después analizarlos, es decir, que en este tipo de estudio lo que se hace es observar los fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para posteriormente analizarlos (Hernández y cols.; 2010).

En un estudio no experimental no se genera ninguna situación, sino que se observan las ya existentes, no provocadas intencionalmente en la investigación por

quien la realiza. Las variables independientes ocurren y no es posible manipularlas, no se tiene control directo sobre dichas variables ni se puede influir sobre ellas, porque ya sucedieron, al igual que sus efectos (Hernández y cols.; 2010).

Se considera este estudio debía ser no experimental porque ya se han realizado más investigaciones acerca de este tema, dicho de este modo, solo se complementa de manera más específica lo que ya está documentado.

3.1.3. Diseño transversal

El termino diseño se refiere al plan o estrategia necesaria para dar respuesta a la hipótesis planteada al inicio del trabajo de investigación. El diseño de investigación describe las herramientas necesarias para generar información confiable. Asimismo, los diseños transversales se caracterizan por recopilar datos en un momento único (Hernández y cols.; 2010).

De este modo el diseño que contiene este trabajo de investigación es de tipo no experimental, ya que se evaluaron variables que anteriormente se han explorado. Se busca de manera directa indagar en las dos variables para poder obtener un resultado, pues se pretende definir exactamente si la autoestima es un factor que repercute en la conducta de los alumnos del Instituto Fray Juan de San Miguel por medio de control de variables; para ello se recurrió al uso de dos pruebas psicológicas que los alumnos

tuvieron que responder y que sirvieron para contrastar ambos resultados y así validar la hipótesis de este estudio.

3.1.4. Alcance correlacional.

El alcance de esta presente investigación es de tipo correlacional, pues tiene como propósito conocer la relación entre dos o más variables en un contexto e particular, que en este caso será el establecer la relación entre la autoestima y los trastornos alimentarios en los adolescentes estudiantes de preparatoria de la escuela Fray Juan de San Miguel (Hernández y cols.; 2010).

Por tanto, este alcance mide cada variable relacionada, posteriormente mide y analiza la correlación, considerando que tales correlaciones se sustentan en hipótesis sometidas a prueba. La mejor utilidad que tiene un estudio correlacional es saber cómo se puede comportar un concepto o una variable, a partir del valor que tiene la otra. Se complementa con las tres opciones de resultados que permite emplear este alcance: correlación positiva, negativa y la ausencia de correlación.

3.1.5. Técnicas de recolección de datos.

En la presente investigación se utilizaron básicamente técnicas estandarizadas para la recolección de datos.

Las técnicas estandarizadas son recursos que se basan en investigaciones estadísticas que garantizan la confiabilidad y la validez en la medición. La utilización de los tests psicométricos obedece a varias razones:

- Tiempo: se puede recabar mucha información en poco tiempo.
- Facilidad: ya están elaborados, así que incluyen las interpretaciones y formatos digitales, lo cual hace el uso más fácil.
- Confiabilidad: ya que están probados por expertos y evaluados por estudiosos.
- Utilidad: abarcan varios aspectos y son de gran funcionalidad.

La confiabilidad garantiza la medición de un fenómeno estable a través del tiempo y no un factor temporal o del momento. Por otra parte, la validez habla de esa garantía que al medir efectivamente lo que pretende, mide eso y no otra circunstancia. Asimismo, la estandarización garantiza que la medición se da en función de un parámetro similar y no con base en criterios arbitrarios.

En la actualidad existe una amplia diversidad de pruebas en inventarios que se utilizan para medir un gran número de variables. Estas pruebas tienen su propio procedimiento de aplicación, codificación e interpretación; existen pruebas para medir habilidades y aptitudes, personalidad, intereses, valores, desempeño, motivación y aprendizaje. También se puede disponer de pruebas clínicas para detectar conductas anormales, para seleccionar personal, para medir la autoestima y muchas otras variables del comportamiento (Hernández y cols.; 2010).

Las pruebas estandarizadas requieren un entrenamiento considerable y un conocimiento amplio de las variables por parte de los investigadores, que previamente se dediquen a aplicarlas e interpretarlas. La manera de aplicar, codificar, calificar e interpretar las pruebas estandarizadas es tan variada como los tipos existentes.

A continuación se describen de manera más específica, los dos instrumentos estandarizados que se utilizaron para medir las variables de dicha investigación, comenzando por la escala denominada EDI-2.

El Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) fue elaborado por David M. Garner: en 1998. El instrumento fue estandarizado para personas con una edad de 11 años en adelante. Para el proceso de estandarización de dicha prueba, se realizaron varios procesos en distintos grupos, tanto individuos con bulimia y anorexia nerviosa, como en personas que no padecen estos trastornos alimentarios.

Por otra parte, esta prueba cuenta con una confiabilidad de 0.83 obtenida mediante el índice alfa de Crobach y validez de contenido concurrente, de criterio y de constructo. Finalmente, cuenta con 11 escalas, las cuales son:

- Obsesión por la delgadez.
- Bulimia.
- Insatisfacción corporal.

- Ineficacia.
- Perfeccionismo.
- Desconfianza interpersonal.
- Conciencia introceptiva.
- Miedo a la madurez.
- Ascetismo.
- Impulsividad.
- Inseguridad social.

Por último, se hablará de la segunda escala que se empleó para medir la autoestima de los adolescentes, esta prueba es denominada Inventario de Autoestima de Coopersmith.

El autor intelectual de esta prueba es Stanley Coopersmith y la adaptación fue elaborada por el Dr. Prewitt-Díaz en 1984. Este test presenta una confiabilidad del 0.88 y fue estandarizada con adolescentes y jóvenes universitarios en Chile, con baremos en puntaje T.

Se conforma de 58 reactivos, los cuales sirven para estimular el nivel de autoestima en adolescentes y jóvenes. Se divide en escalas de autoestima general, social, escolar-académica, familiar y una escala de mentira; su aplicación puede ser de manera grupal o individual. Originalmente el test fue diseñado para identificar el

nivel de autoestima, pero cuenta con algunas limitaciones, tal como la dificultad en los niños para entender el propósito de esta.

La subescala general está formada por 26 reactivos y se asocia con lo que piensa el adolescente de sí mismo; por otro lado, la social está compuesta por ocho reactivos y se asocia con una preocupación acerca de ideas que las demás personas manifiestan para sí mismas.

3.2. Población y muestra

La población, según Selltiz, “es el conjunto de los casos que concuerdan con una serie de especificaciones” (Hernández y cols.; 2010: 303).

Para este trabajo de investigación, la población se conformó por 100 alumnos del Instituto Fray Juan de San Miguel, del nivel de preparatoria, de segundo y tercer grado. Cada muestra y aplicación de instrumento constó de 25 alumnos, aplicando cuatro sesiones en distintos salones, considerando los dos tests que medirían las variables a investigar. Se cuidó que existiera equidad de género y de número por salón, como también las edades de los alumnos, repartiendo en cada salón de la siguiente manera: se trabajó de manera inicial con los salones de segundo de preparatoria, conformado por 25 alumnos cada uno, y se finalizó con los últimos dos salones de tercero de preparatoria. Cabe mencionar que el 100% de alumnos son originarios de

la ciudad de Uruapan, Michoacán, con edades entre 15 a 19 años, además de que todos los participantes lo hicieron de manera voluntaria.

En el presente estudio se hizo un muestreo de la población que arriba ya ha sido indicada. Por muestra se entiende a un subgrupo de la población del cual se recolectan los datos (Hernández y cols.; 2010). Tentativamente, se busca que la muestra sea representativa de la población. La muestra que se tomó para la presente indagación estuvo conformada por los alumnos que cursan los grados de segundo y tercero de preparatoria, con una edad promedio entre los quince a los dieciocho años, de la escuela Fray Juan de San Miguel, ubicada en Uruapan, Michoacán.

Existen varios tipos de muestras: la primera es la probabilística, aquella en la que los elementos de la población tienen la misma posibilidad de ser escogidos, esto se hace a través de una definición muy detallada de la población y una selección aleatoria de las unidades de análisis. Por otro lado, el tamaño de la muestra también se determina con procedimientos estadísticos que aseguran su representatividad.

Por el contrario, las muestras no probabilísticas aluden a que las elecciones de los sujetos o las unidades de análisis no dependen al azar, sino de las características de la investigación, de la intención del autor o de circunstancias externas al proceso.

Asimismo, estas muestras de acuerdo con Hernández y cols. (2010) y con Kerlinger (2001), representan una importante desventaja para la generalización y

extrapolación de los resultados obtenidos. Sin embargo, por lo general, son las que están más al alcance de una investigación de tesis.

3.3. Descripción del proceso de investigación.

Antes de comenzar la descripción del proceso de investigación, se menciona que las variables a medir se correlacionarán para poder obtener un resultado positivo, en cuanto a la hipótesis planteada. Dentro de los grupos donde se administraron las pruebas, no se midieron variables exógenas que pudieran afectar de manera directa lo que se pretendía medir.

Los grupos, conformados por el 80% mujeres y 20% hombres, entre las edades de 15 a 19 años, todos ellos cursaban los grados segundo y tercero de preparatoria del Instituto Fray Juan de San Miguel y participaron de forma voluntaria. A continuación se explica cómo se realizó el experimento con los grupos.

Primeramente se realizó un sondeo para el cual, los grados con mayor experiencia en la escuela participarían, con el fin de obtener resultados concretos; el segundo paso fue la presentación con la directora del plantel para así explicarle a manera detallada el fin de dicha investigación. Habiendo ella aceptado las peticiones, se pusieron a disposición cuatro salones, con los cuales se completaría el número total de alumnos requeridos.

De este modo al presentarse individualmente a cada grupo conformado por 25 alumnos, se les dio una breve explicación de lo que se practicaría en ese momento, para seguir con un clima de confianza que ayudaría a esclarecer inquietudes. Las instrucciones de la aplicación sobre la primera prueba aplicada, EDI-2, establecían que no se debía rayar el cuadernillo de preguntas, sino escribir en las hojas de respuestas, que a continuación responderían de manera responsable.

Una vez terminada la primera encomienda, se les dio la segunda instrucción del cuadernillo Coopersmith, las instrucciones fueron las mismas mencionadas en la parte de arriba. Una vez terminados los cuestionarios se indicó que los resultados serían expuestos dentro de un mes y se les agradecía por su voluntaria participación.

3.4. Análisis e interpretación de resultados.

Una vez planteada la descripción metodológica y 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 los mismos.

3.4.1. La autoestima en los adolescentes del Instituto Fray Juan de San Miguel.

De acuerdo con lo que anteriormente se describió en el capítulo uno, varios autores mencionan que la autoestima es una actitud, que se refuerza con el tiempo y se genera como resultado de la historia de cada persona. Es el fruto de una secuencia de acciones y afectos que van configurando al sujeto en el transcurso de su existencia.

Asimismo, la autoestima es una forma de ser y actuar, es la resultante de la unión de muchos hábitos y aptitudes adquiridos; es una estructura funcional de mayor eficacia y solidez, que engloba y orienta todo el dinamismo humano. Es la meta más alta del proceso educativo y el centro de la propia forma de pensar, actuar y sentir.

Conviene profundizar en el análisis de esta estructura compleja de la autoestima. La respuesta de esta interrogante viene vinculada de tres componentes; cognitivo, afectivo y conativo. Los tres operan íntimamente correlacionados, de manera que una modificación de unos de ellos provoca una alteración en los otros (Alcántara; 1990).

El primer componente de la autoestima que menciona Alcántara (1990), es el cognitivo, hace referencia al autoconcepto: ideas, opiniones, percepciones y procesamiento de la información. Se refiere a la propia opinión que se tiene de la personalidad y sobre su conducta, basado en creencias y convencimientos propios.

En segundo plano hace alusión a un componente afectivo, el cual hace referencia a esa dimensión que conlleva a la valoración de lo que hay en cada uno de positivo y de negativo.

Asimismo, el tercer componente habla acerca de la intención y decisión que toma la persona para actuar, de llevar a la práctica un comportamiento consecuente y coherente.

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 51. La media es la suma de un conjunto de datos, dividida entre el número de medidas (Elorza; 2007).

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 un número igual de medidas (Elorza; 2007). Este valor fue de 53.

De acuerdo con este mismo autor, la moda es la medida que ocurre con ms frecuencia en un conjunto de observaciones. En cuanto a esta escala, la moda fue de 60.

También se obtuvo el valor de una medida de dispersión: la desviación estándar, que ayuda a determinar el grado de variación entre el conjunto de valores de una distribución. El valor obtenido en esta subescala es de 13.

Por otra parte se obtuvo el puntaje de la subescala de autoestima social, encontrando una media 51, una mediana de 53, y una moda representativa de 60. La desviación estándar fue de 10.

Asimismo, en una escala de autoestima escolar se encontró una media de 57, una mediana de 57, una moda de 65 y la desviación estándar fue de 13.

Adicionalmente, en la escala de autoestima en el hogar se obtuvo una media de 51, una mediana de 52 y una moda de 57. La desviación estándar fue de 11.

Finalmente se obtuvo el puntaje de autoestima total, con una media de 57, una mediana de 56, una moda de 66 y una desviación estándar de 14.

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

A partir de los resultados estadísticos obtenidos mediante la aplicación del instrumento, se pueden interpretar que en dicha población, la autoestima se encuentra dentro de los rangos normales.

De igual manera, se puede afirmar que existe cierta variación de puntajes, puesto que las desviaciones estándar encontradas fueron significativas, esto es, el nivel de autoestima en la muestra analizada es variable.

Con el fin de mostrar un análisis más detallado, a continuación se presentan los puntajes de los sujetos que obtuvieron puntajes bajos en cada subescala, es decir, puntajes por debajo de T40.

En la escala de autoestima general, el 16% de los sujetos se ubican por debajo de dicho índice; en la subescala de autoestima social, el porcentaje es de 8%; mientras que en la subescala de autoestima escolar es de 10%; el porcentaje en la subescala autoestima en el hogar es de 16%; finalmente, el porcentaje de sujetos con nivel bajo de autoestima total es de 14%. Estos resultados se aprecian de manera gráfica en el anexo 2.

Los resultados anteriormente mencionados son correspondientes a las subescalas general, social, escolar, hogar y puntaje total, con el fin de corroborar porcentualmente el número de personas que obtuvieron puntajes bajos, y poder llegar a un análisis más detallado y profundo de la investigación. Esto permite afirmar que

realmente son pocas las personas de la muestra que presentan problemáticas serias de autoestima baja.

3.4.2. Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.

De acuerdo con lo señalado en el DSMVI-TR (APA; 2002), los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria. Por una parte, la anorexia nerviosa se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales y por otra, la bulimia nerviosa se define por episodios recurrentes de voracidad, seguidos de conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos, laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

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 32 y una desviación estándar de 21.
- 2) Asimismo, en la escala de bulimia se obtuvo una media de 54, una mediana de 47, una moda de 47 y una desviación estándar de 15.
- 3) Del mismo modo, en la escala de insatisfacción corporal se obtuvo una media de 45, una mediana de 44, una moda de 14 y una desviación estándar de 23.

- 4) Por otra parte, en la escala de ineficacia se obtuvo una media de 41, una mediana de 32, una moda de 18 y una desviación estándar de 20.
- 5) En la escala de perfeccionismo se obtuvo una media de 59, una mediana de 59, una moda de 51, y una desviación estándar de 24.
- 6) De igual modo, en la escala de desconfianza interpersonal se obtuvo una media de 49, una mediana de 44, una moda de 19 y una desviación estándar de 26.
- 7) En la escala de conciencia introceptiva se obtuvo una media de 42, una mediana de 39, una moda de 12 y una desviación estándar de 27.
- 8) En la escala de miedo a la madurez se obtuvo una media de 53, una mediana de 56, una moda de 65 y una desviación estándar de 25.
- 9) Adicionalmente, la escala de ascetismo obtuvo una media de 51, una mediana de 51, una moda de 51, y una desviación estándar de 27.
- 10) Del mismo modo, en la escala de impulsividad se obtuvo una media de 47, una mediana de 41, una moda de 14, y una desviación estándar de 26.
- 11) Finalmente en la escala de inseguridad social se obtuvo una media de 57, una mediana de 54, una moda de 19 y una desviación estándar de 25.

En el anexo 3 se muestran gráficamente los resultados de la media aritmética de cada una de las subescalas mencionadas anteriormente.

Además de presentar los datos de las medidas de tendencia central y dispersión, a continuación se presentan los porcentajes de los sujetos que obtuvieron puntajes altos en cada escala, esto es, por arriba del percentil 70. Así, se ubicarán las

escalas en las que hay mayor incidencia de casos preocupantes sobre un problema de trastornos alimentarios.

En la escala de obsesión por la delgadez, el 18% de sujetos se encuentra por arriba del percentil 70; en la escala de bulimia, el porcentaje fue de 12%; en la de insatisfacción corporal, el 14%; en la de ineficacia, el 9%; en la de perfeccionismo, el 31%; en la que respecta a la desconfianza interpersonal, 25%; en la de conciencia introceptiva, 24%; respecto a la de miedo a la madurez, 30%; en la de ascetismo, 28%; en la de impulsividad 27% y finalmente, en la escala de inseguridad social, el 33%.

Estos datos se pueden observar gráficamente en el anexo 4.

En función de los datos anteriores se puede afirmar que los indicadores psicofisiológicos de los trastornos alimentarios en esta muestra, se encuentran dentro de rangos normales, pero con mucha variabilidad. Lo anterior permite notar que en algunas escalas hay un considerable número de sujetos con puntajes preocupantes en indicadores específicos. Particularmente, llama la atención el porcentaje en las escalas de perfeccionismo, inseguridad social y miedo a la madurez.

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 (referido por Brinkmann y Segure; 1988), 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 la realidad. Por el contrario, niveles bajos de autoestima pueden provocar que no exista en el individuo la aceptación de la propia realidad, presentando en muchas ocasiones conductas dañinas, entre las que se pueden mencionar los trastornos alimentarios.

En la presente investigación realizada en los estudiantes del tercer y quinto semestre del Instituto Fray Juan de San Miguel, se encontraron los siguientes resultados.

Entre el nivel de autoestima y la escala de obsesión por la delgadez existe un coeficiente de correlación de -0.04 , de acuerdo con la prueba "r" de Pearson.

Esto significa que entre la autoestima y la escala referida, existe una ausencia de correlación, 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), por ello, mediante un porcentaje de indica el grado en que las variables se encuentran correlacionadas. Para obtener esta varianza únicamente 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 0.00, lo que significa que entre la autoestima y la obsesión hay una relación del 0%.

Por otra parte, entre el nivel de autoestima y la escala de bulimia existe un coeficiente de correlación de 0.09, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre dichas variables existe una ausencia de correlación, de acuerdo con la clasificación de correlación que proponen Hernández y cols. (2010).

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.01, lo que significa que entre la autoestima y la bulimia hay una relación del 1%.

Adicionalmente, entre la autoestima y la escala de insatisfacción corporal se encontró una correlación de -0.12 , considerada como una correlación negativa débil.

La varianza de factores comunes fue de 0.01, lo que implica un porcentaje de relación del 1% entre la autoestima y la escala de insatisfacción corporal.

Entre la autoestima y la escala de ineficacia se estableció una correlación estadística de -0.17 , por lo que se puede afirmar que entre la autoestima y esta escala hay 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 las variables.

Entre la autoestima y la escala de perfeccionismo se encontró una correlación del -0.18 , por lo que se puede afirmar que en este caso hay 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 las variables indicadas.

Entre la autoestima y la escala de desconfianza interpersonal se encontró una correlación del 0.12 , por lo que se puede afirmar que entre la autoestima y esta escala hay una correlación positiva débil.

Al obtener la varianza de factores comunes se encontró un puntaje de 0.01, lo que implica una relación del 1% entre las variables.

Entre la autoestima y la escala de conciencia introceptiva se encontró una correlación del -0.03 , por lo que se puede afirmar que entre dichos atributos hay ausencia de correlación.

Al obtener la varianza de factores comunes se encontró un puntaje de 0.00, lo que implica una relación del 0% entre las variables.

Entre la autoestima y la escala de miedo a la madurez, se encontró una correlación del 0.01, por lo que se puede afirmar que entre la autoestima y esta escala hay una ausencia de correlación.

Al obtener la varianza de factores comunes se encontró un puntaje de 0.00, lo que implica una relación del 0% entre las variables.

Entre la autoestima y la escala de ascetismo, se encontró una correlación del -0.03 , por lo que se puede afirmar que entre la autoestima y la escala señalada, hay una ausencia de correlación.

Al obtener la varianza de factores comunes, se encontró un puntaje de 0.00, lo que implica una relación del 0% entre las variables.

Entre la autoestima y la escala de impulsividad se encontró una correlación del 0.06, por lo que se puede afirmar que en dicho caso hay una ausencia de correlación.

Al obtener la varianza de factores comunes se encontró un puntaje de 0.00, lo que implica una relación del 0% entre las variables.

Entre la autoestima y la escala de inseguridad social se encontró una correlación del -0.06 , por lo que se puede afirmar que entre la autoestima y esta escala hay una ausencia de correlación.

Al obtener la varianza de factores comunes se encontró un puntaje de 0.00, lo que implica una relación del 0% entre las variables.

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

Por lo anterior se puede afirmar que no se encontró ninguna relación significativa entre el nivel de autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, ya que no sobrepasan el límite indicado por la prueba.

En función de los resultados presentados, se corrobora la hipótesis nula, que afirma que no existe una relación significativa entre el nivel de autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos del Instituto Fray Juan de San Miguel.

CONCLUSIONES

En el presente apartado se exponen, a manera de cierre, la manera en que se fueron cumpliendo las directrices de esta indagación.

Los objetivos particulares referidos a los aspectos teóricos de la autoestima, es decir, su definición conceptual, los factores que influyen en ella, así como su importancia en el ámbito psicológico, se alcanzaron en el desarrollo del capítulo uno.

A su vez, el objetivo empírico, referido a la evaluación de tal variable en la muestra de alumnos del Instituto Fray Juan de San Miguel, se logró mediante la administración de la prueba denominada Inventario de Autoestima de Coopersmith. Los resultados obtenidos se muestran con detalle en el capítulo tres.

Por otra parte, en el capítulo número 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, donde se exponen los resultados estadísticos en cuanto a las medidas de tendencia central.

La consecución de los objetivos anteriores permitió alcanzar con suficiencia el objetivo general que guio la presente indagación, es decir, establecer la relación que existe entre la autoestima y los trastornos alimentarios en los adolescentes del Instituto Fray Juan de San Miguel.

Con los resultados alcanzados se corrobora la hipótesis nula, en la cual se afirma la no relación entre el nivel de autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, lo cual se dio con todas las escalas evaluadas.

Como aspecto relevante en cuanto a los hallazgos logrados, se puede mencionar que las escalas denominadas ineficacia y perfeccionismo, fueron las más altas dentro de la investigación, arrojando así varias interrogantes, los alumnos se exigen más a sí mismos, por presión social o por el hecho de ser cada día mejores, contraponiendo sus mismos actos con conductas ineficaces; pudiese existir alguna relación entre estos dos fenómenos, lo que hace viable recomendar que se abra una línea de investigación más a fondo para poder hallar lo que hasta este momento surgió como una hipótesis.

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 el presente trabajo.

Se puede recomendar que esta investigación se complemente con un estudio de tipo cualitativo, para poder ahondar en los resultados y obtener un resultado mucho más profundo y con mayor trascendencia.

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.
- 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; Cledes, 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.
- Elorza Pérez-Tejada, Aroldo. (2007)
Estadística para las ciencias sociales, del comportamiento y la salud.
Editorial Cengage Learning. México.
- Gardner, David M. (1998)
Inventario de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2).
TEA Ediciones. Madrid.
- González-Arratía 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.
- Jiménez H., Manuel. (1997)
Psicopatología infantil.
Editorial Aljibe. Granada.
- Kerlinger, Fred. (2001)
Investigación del comportamiento.
Editorial McGraw-Hill. México.
- Lamb, Charles W.; Hair, Joseph F. Jr.; McDaniel, Karl. (2011)
Marketing.
Editorial EDAMSA. México, D.F.
- Ogden, Jane. (2005)
Psicología de la alimentación.
Editores Morata. España.
- Rausch Herscovici, Cecile. (1997)
Anorexia y bulimia: amenazas a la autonomía.
Editorial Paidós. Argentina.

MESOGRAFÍA

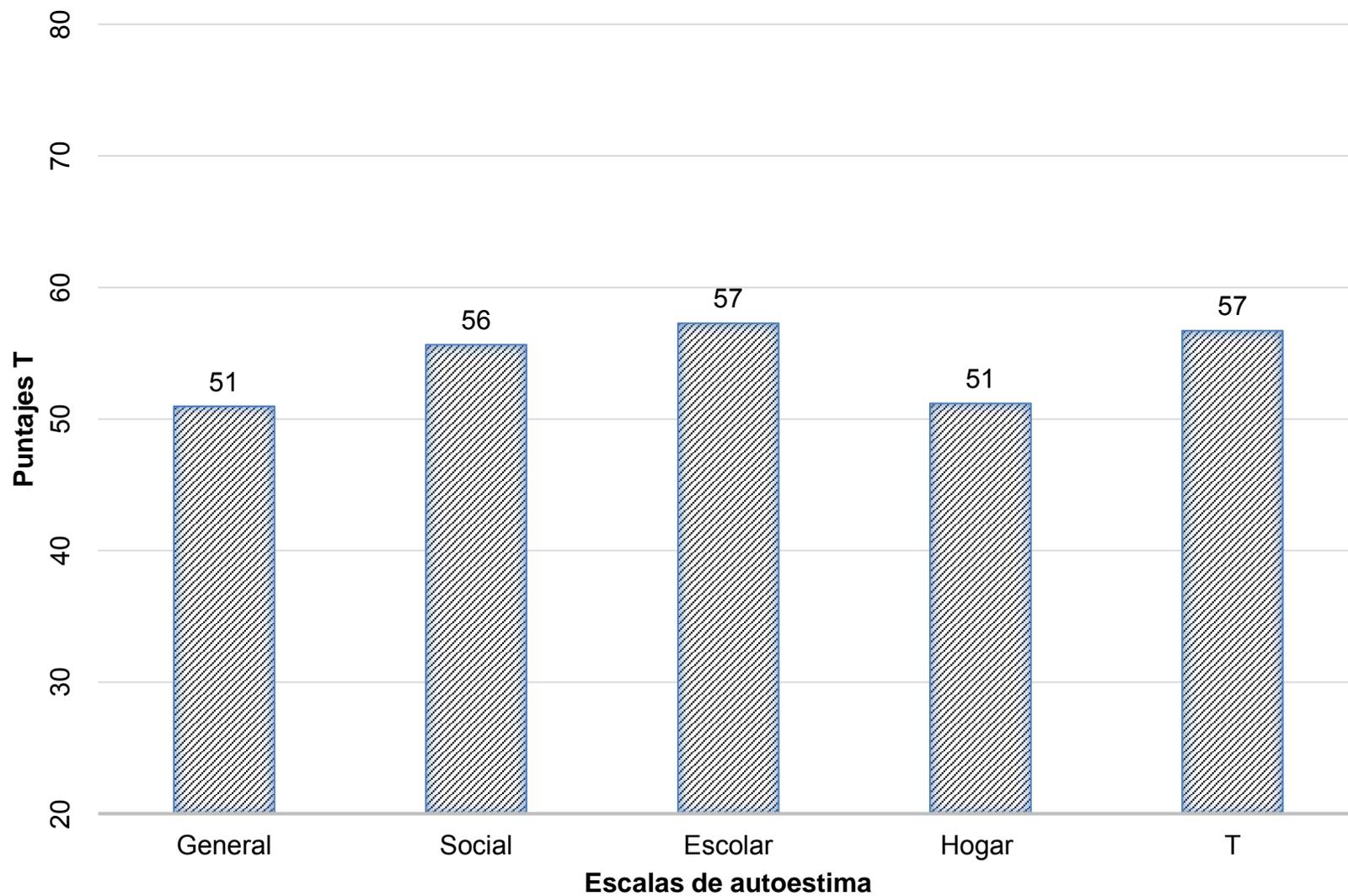
Coopersmith, Stanley. (2010)
Escala de Autoestima Escolar (SEI). Manual.
Revisión 2010.

Moreno González, Miriam Angélica; Ortiz Viveros, Godeleva Rosa. (2009)
"Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en
adolescentes".
Revista Terapia Psicológica: 2. Págs. 181-190.

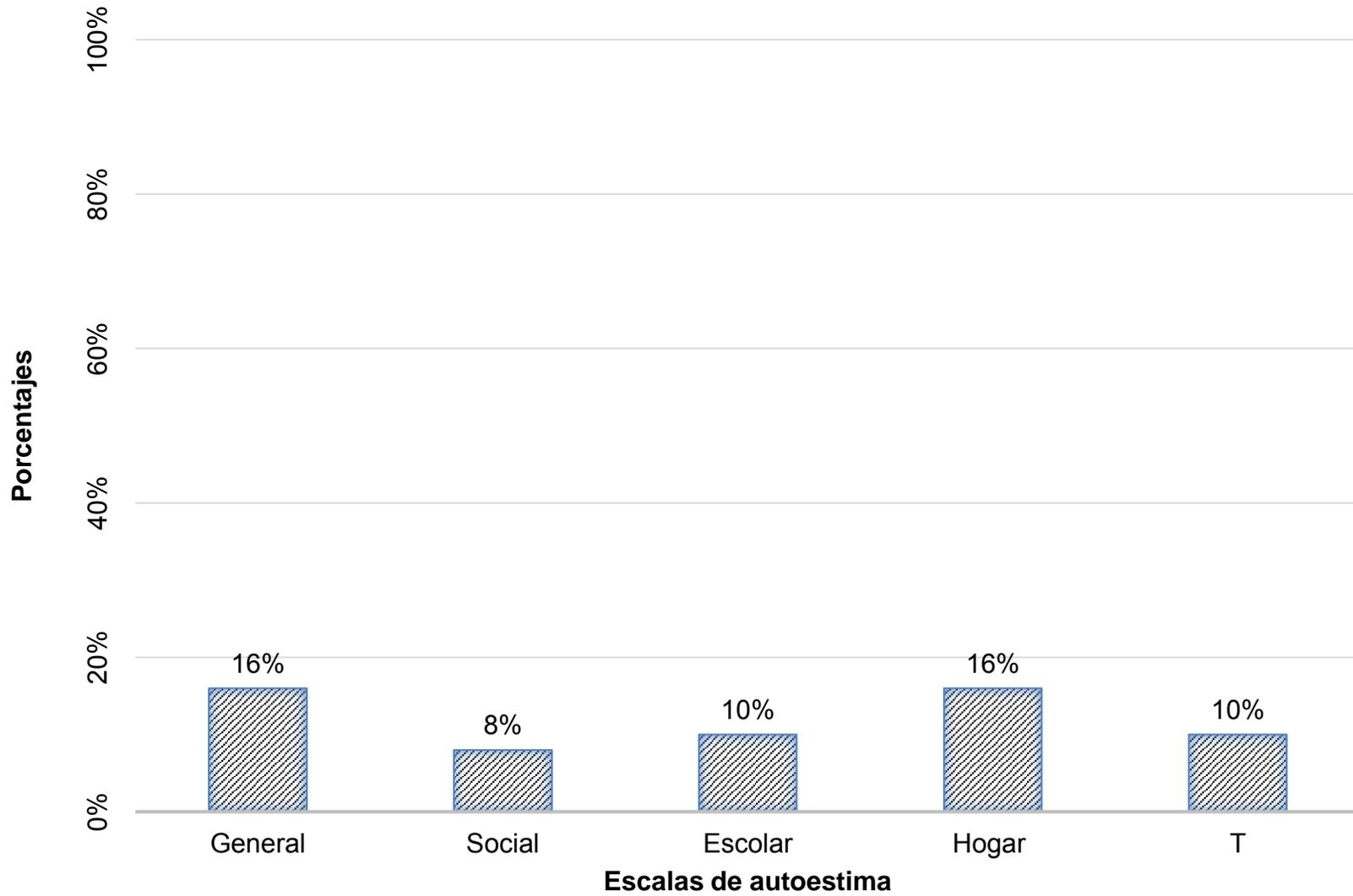
MESOGRAFÍA

- Behar A., Rosa; Valdés W., Claudia. (2009)
“Estrés y trastornos de la conducta alimentaria”.
Revista Chilena de Neuro-psiquiatría.
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272009000300002
- 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>
- 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
- 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>
- Zagalaz Sánchez, Ma. Luisa; Romero Granados Santiago; Contreras Jordán Onofre R. (2002).
“La anorexia nerviosa como distorsión de la imagen corporal. Programa de prevención desde la educación física escolar en la provincia de Jaén”
OEI-Revista Iberoamericana de Educación (ISSN: 1681-5653).
<http://www.rieoei.org/deloslectores/343Zagalaz.pdf>

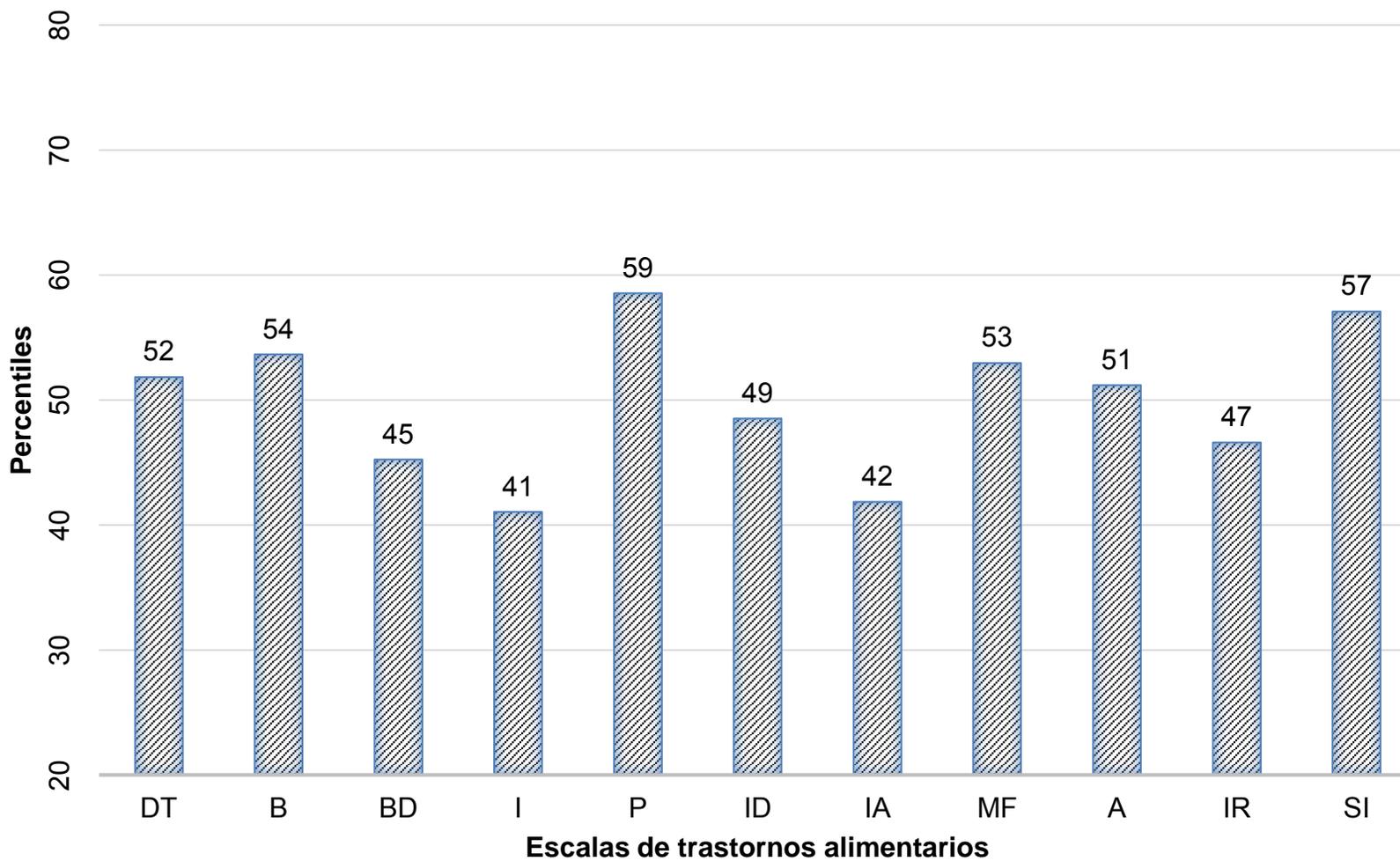
ANEXO 1
MEDIA ARITMÉTICA DE LAS ESCALAS DE AUTOESTIMA



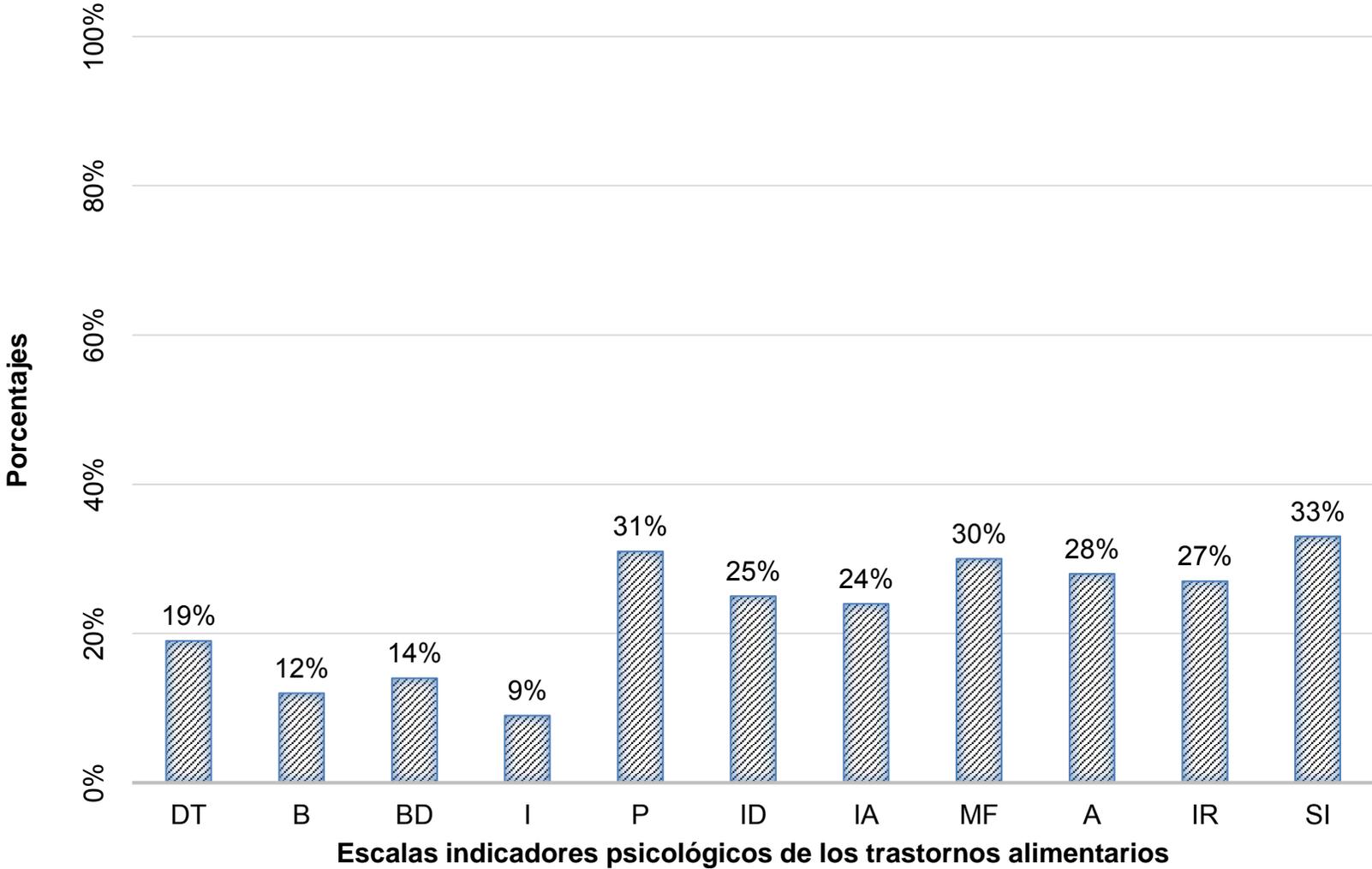
ANEXO 2 PORCENTAJE DE PUNTAJES BAJOS EN AUTOESTIMA



ANEXO 3
MEDIA ARITMÉTICA DE LAS ESCALAS DE LOS
INDICADORES PSICOLÓGICOS DE LOS TRASTORNOS
ALIMENTARIOS



ANEXO 4
PORCENTAJE DE PUNTAJES ALTOS EN INDICADORES PSICOLÓGICOS DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS



ANEXO 5
CORRELACIÓN ENTRE LA AUTOESTIMA Y LOS
INDICADORES PSICOLÓGICOS DE LOS TRASTORNOS
ALIMENTARIOS

