



UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

INCORPORACIÓN NO. 8727-25 A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**RELACIÓN ENTRE LA AUTOESTIMA Y LOS INDICADORES
PSICOLÓGICOS DE LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS EN EL
NIVEL EDUCATIVO MEDIO**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Víctor Domínguez Almanza

Asesora: Lic. Leticia Espinosa García

Uruapan, Michoacán. 23 de mayo de 2014.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.....	4
Objetivos.....	5
Hipótesis.....	6
Operacionalización de las variables.....	7
Justificación.....	8
Marco de referencia.....	9

Capítulo 1. Autoestima.

1.1 Conceptualización de la autoestima.....	12
1.2 Importancia de la autoestima.....	14
1.3 Origen y desarrollo de la autoestima.....	17
1.4 Componentes de la autoestima.....	20
1.5 Características de la autoestima.....	21
1.6 Pilares de la autoestima.....	27
1.7 Niveles de la autoestima.....	34

Capítulo 2. Trastornos de la alimentación.

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

2.2.1. Anorexia nerviosa.....	44
2.2.2. Bulimia nerviosa.....	46
2.2.3. Obesidad.....	49
2.2.4. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.....	50
2.2.5. Vómitos en otras alteraciones psicológicas.....	51
2.2.6. Trastorno por atracón.....	51
2.2.7. Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia.....	51
2.3. Esfera oroalimenticia en el infante.....	53
2.3.1. Organización oroalimenticia.....	54
2.3.2. Alteraciones en la esfera oroalimentaria.....	56
2.4. Perfil de la persona con trastornos de alimentación.....	57
2.5. Causas del trastorno alimenticio.....	59
2.5.1. Factores predisponentes individuales.....	60
2.5.2. Factores predisponentes familiares.....	61
2.5.3. Factores socioculturales.....	62
2.6. Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio.....	63
2.7. Factores que mantienen los trastornos alimenticios.....	64
2.8. Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios.....	65
2.9. Tratamiento de los trastornos alimenticios.....	68

Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados.

3.1. Descripción metodológica.....	71
3.1.1. Enfoque cuantitativo.....	71
3.1.2. Investigación no experimental.....	73

3.1.3. Diseño transversal.....	74
3.1.4. Alcance correlacional.....	75
3.1.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	75
3.2 Población y muestra.....	78
3.2.1. Delimitación y descripción de la población.....	79
3.2.2. Descripción del proceso de muestreo.....	79
3.3. Descripción del proceso de investigación.....	80
3.4. Análisis e interpretación de resultados.....	82
3.4.1. El nivel de autoestima de los alumnos de la Escuela Secundaria General “Emiliano Zapata”.....	82
3.4.2. Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.....	84
3.4.3. Relación entre el nivel de autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.....	88
Conclusiones.....	93
Bibliografía.....	95
Mesografía.....	98
Anexos.	

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la sociedad cuenta con un ideal de imagen corporal, que no permite variedad de estereotipos, orillando que los adolescentes busquen de manera inadecuada llegar a estos estándares. Esto provoca en algunas situaciones que se presenten trastornos alimentarios, cuyo origen puede verse influido por un nivel bajo de autoestima.

Antecedentes

Existen diversas investigaciones que tratan sobre la autoestima, sin embargo, no existe un estudio que relacione este concepto con los factores psicológicos que provocan los trastornos alimentarios.

El concepto de autoestima se define como “la valoración que cada sujeto elabora sobre sí mismo tomando como base los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias a lo largo de su vida.” (Quiles y Espada; 2004: 20).

Por otra parte, los trastornos alimentarios, comúnmente llamados de esta manera, en realidad son perturbaciones de la conducta que llevan relación con la alimentación. En la actualidad se estudian principalmente dos alteraciones: bulimia y anorexia.

El término anorexia proviene del latín *an*, prefijo restrictivo y *orexis*, que significa apetito (sin apetito); mientras que el adjetivo *nerviosa* se utiliza como origen psicológico. Por tanto, se define como un trastorno del comer caracterizado por el rechazo a mantener el peso corporal por encima del peso mínimo para su edad y talla (López y cols.; 2006).

Por otra parte, la bulimia se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad, seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como la provocación del vómito, el consumo de fármacos, laxantes, diuréticos, el ayuno o realizar ejercicio excesivo. Se presenta como característica esencial una alteración de la percepción de la forma y el peso corporales (López y cols.; 2006).

Se han detectado algunas investigaciones sobre la autoestima, como la elaborada por Moreno y Ortiz (2009), en la cual se estudió la relación entre las conductas de riesgo de trastorno alimentario, la imagen corporal y autoestima en un grupo de adolescentes de secundaria. Fueron aplicados tres instrumentos de medición: el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40), el Cuestionario de la Figura Corporal (BSQ), el Cuestionario de Evaluación de la Autoestima y un cuestionario de datos sociodemográficos a 298 alumnos: 153 mujeres y 145 hombres, de una edad promedio de 13 años. Se concluyó la existencia de riesgo de trastorno alimentario en un 8% y en un 10% la patología instalada, de la cual hubo mayor prevalencia en mujeres. Sin embargo, ambos sexos presentan preocupación por su imagen corporal, niveles medios y bajos de autoestima. Para finalizar, se demostró una mayor tendencia a presentar trastornos alimentarios en mujeres.

Actualmente se han realizado investigaciones que estudian el tema de los trastornos alimenticios, uno de ellos, fue elaborado por Hernández (2006), en la cual se propuso identificar la incidencia de sintomatología de trastornos alimenticios, así como el nivel de funcionalidad de las familias y la influencia social que los medios de comunicación mantienen en la aparición de la anorexia y bulimia en jóvenes de la ciudad de Saltillo, Coahuila. Se tomó una muestra de 100 estudiantes de una preparatoria pública y 100 de una privada, los cuales fueron evaluados con un instrumento que analizaba los siguientes criterios: sintomatología, imagen corporal, funcionamiento familiar, influencia social y medios de comunicación.

Los resultados que se obtuvieron señalan que uno de cada cuatro estudiantes padece síntomas relacionados con trastornos alimenticios, encontrando un lazo excesivo de la variable mencionada con la lealtad y dependencia familiar.

Una investigación realizada en la localidad donde se llevó a cabo la presente investigación, fue realizada por Rodríguez (2011), en la cual se analizó la relación que existe entre las variables estrés y trastornos alimenticios, tomando como muestra a los alumnos del Cetic No. 27 de Uruapan, Michoacán.

Para llevar a cabo esta investigación, de tipo cuantitativo, no experimental y transversal, se aplicaron dos instrumentos: uno para la medición del estrés, en el cual se usó la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños, Revisada (CMAS-R), mientras que para evaluar la variable de los trastornos alimentarios se utilizó el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2).

Se tomó una muestra de 100 alumnos; los resultados mostraron que el nivel de estrés que se encuentra relacionado significativamente con la consciencia introceptiva, ya que indica que los alumnos, al encontrarse en situaciones percibidas como estresantes, muestran problemas en relación con el reconocimiento de emociones y sensaciones propias, lo que conlleva que puedan presentar algún trastorno de la conducta alimentaria.

Para el presente estudio se utilizó una población de 108 alumnos que estudian el nivel educativo medio, para medir si existe relación entre el nivel de autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios.

Planteamiento del problema

Dentro de la sociedad actual, los individuos se encuentran inmersos bajo un ideal de imagen tanto física como estética en constante cambio, lo cual provoca una posible persecución de tal necesidad, llevando a algunos sujetos a cuestionarse sobre la expectativa que los mantendrá o no dentro de tales ideales.

Como resultado de esta necesidad, la autoestima juega un papel primordial, mostrando por una parte a una posible satisfacción o afectando de manera directa las actividades cotidianas del sujeto en cuestión.

Algunos autores han mencionado que la autoestima mantiene una estrecha relación con los desordenes alimenticios, por una posible necesidad de llegar al ideal impuesto explícitamente por la sociedad.

Sin embargo, esta concepción se ha manejado por una generalidad de la sociedad actual, por lo cual se consideró necesario investigar dentro de un contexto en específico, el cual se ubicó en alumnos que se encuentran cursando el nivel educativo medio, determinando así, la influencia de una variable sobre la otra, conocer su intensidad, prevalencia y qué factor los vincula como fenómenos psicológicos para afectar a tal población.

Debido a la información anteriormente mencionada, se buscó dar respuesta a la siguiente cuestión: ¿En qué medida se relaciona el nivel de autoestima con los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios?

Objetivos

El presente estudio tiene como finalidad, considerando los recursos materiales y humanos disponibles, identificar algunos asuntos específicos, los cuales serán expuestos a continuación

Objetivo general

Analizar la relación que existe entre el nivel de autoestima y los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios, de los alumnos de la Escuela Secundaria General “Emiliano Zapata”, de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Objetivos particulares

1. Definir el concepto de autoestima.
2. Analizar las principales aportaciones teóricas referidas a la autoestima.
3. Establecer la definición de trastornos alimentarios.
4. Describir los distintos trastornos alimentarios.
5. Identificar las manifestaciones psicológicas de los trastornos alimentarios.
6. Medir el nivel de autoestima de los alumnos de la Escuela Secundaria General “Emiliano Zapata”, de la ciudad de Uruapan, Michoacán.
7. Valorar el nivel en que se presentan los trastornos alimentarios de los alumnos de la Escuela Secundaria General “Emiliano Zapata”, de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Hipótesis

Las hipótesis “son proposiciones que se establecen tentativamente sobre la relación entre variables” (Hernández y cols.; 2010: 104). Dentro del presente estudio se manejaron las siguientes:

Hipótesis de trabajo

El nivel de autoestima se relaciona significativamente con los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios, de los alumnos de la Escuela Secundaria General “Emiliano Zapata”, de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Hipótesis nula

El nivel de autoestima no se relaciona significativamente con los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios, de los alumnos de la Escuela Secundaria General “Emiliano Zapata”, de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Operacionalización de las variables

Se tomó como indicador de la presencia de la variable trastornos alimentarios, el puntaje normalizado que arrojó la administración de test psicométrico denominado TAE-ALUMNO. Esta prueba psicométrica posee los estándares de validez y confiabilidad exigidos por la comunidad científica de la psicología.

La variable indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios fue conceptualizada operativamente en relación con la información obtenida mediante la administración de test psicométrico denominado Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) del autor David M. Garner (1998). Dicha prueba evalúa 11 indicadores psicológicos que se encuentran comúnmente asociados a los

trastornos de la conducta alimentaria. De igual manera que el instrumento mencionado anteriormente, esta prueba cuenta con los estándares de confiabilidad y validez exigidos por la comunidad científica de la psicología.

Justificación

El concepto de autoestima ha sido utilizado en variadas investigaciones, ya que su conocimiento entra en un amplio campo de aplicación. El término tiene la posibilidad de observarse desde dos puntos de vista: uno en el que sus niveles tienen relación positiva o negativa con algunos tipos de actividades humanas, mientras que por otro lado, se encuadra como posible criterio de una psicopatología.

La investigación planteada beneficia a la institución que sirvió como escenario de estudio, porque no se han elaborado estudios acerca de la incidencia del nivel de autoestima en trastornos alimenticios en sus alumnos. Los resultados obtenidos darán elementos para que a partir de ellos, se elaboren estrategias con el fin de prevenir tales trastornos.

Asimismo, los resultados del estudio ayudarán a crear mayor consciencia entre los directivos de la institución de la realidad actual, al percatarse del nivel de autoestima que presentan sus alumnos y su impacto en la aparición de los trastornos alimentarios.

Además, será posible elaborar proyectos de capacitación dirigidos a padres de familia en relación con la autoestima, para crear mayor conocimiento y fomentar un ambiente familiar que integre elementos que favorezcan un desarrollo equilibrado.

Para el campo de la psicología, aporta evidencias de campo en relación con un escenario específico, apoyando a los especialistas en el área de la salud para obtener un mayor conocimiento sobre el tema, con un punto de partida que permita desarrollar estrategias de prevención de posibles trastornos.

Este estudio se relaciona directamente con el campo de acción del psicólogo, ya que trata dos conceptos que actualmente mantienen relevancia entre los jóvenes adolescentes, ya que se observan en jóvenes de cada vez menos edad.

Por tanto ayudará, a reconocer en qué medida el nivel de autoestima podría desencadenar algún tipo de trastorno alimenticio. Además de crear una aportación para elaborar modelos de intervención en futuros estudios relacionados.

Marco de referencia

El presente estudio fue realizado en una institución educativa con nombre el de Escuela Secundaria Federal “General Emiliano Zapata”. Ofrece sus servicios como una escuela oficial pública, atiende a una población de adolescentes que oscilan entre los doce y quince años de edad, aproximadamente.

Su misión como institución es “lograr que nuestra escuela proporcione los conocimientos, habilidades, destrezas y valores necesarios, sobre todo, que concluyan con la formación integral de los educandos”.

Mientras que por visión mantienen “ser una escuela transformadora, y que al concluir con cada ciclo escolar sea más eficiente con respecto al anterior, para que el factor de transformación sea positivo y constante con el objeto de que el alumnado llegue al siguiente nivel con un perfil acorde con las exigencias que lo reclaman”.

Esta institución se encuentra ubicada en la calle Plan de Ayala s/n, en la colonia “Emiliano Zapata”, de la ciudad de Uruapan, Michoacán. Inició sus labores en el año 1985, cuenta con 28 años de servicio actualmente.

Dicho centro educativo se encarga de ofrecer la educación media en sus alumnos, mantiene una población estudiantil de 450 jóvenes aproximadamente, en sus distintos ciclos educativos. Trabajan en los turnos matutino y vespertino, la presente investigación fue elaborada con los alumnos del primer turno.

Por parte de los docentes, cuentan con una plantilla de 73 elementos, los cuales tienen como profesión la licenciatura en Educación Media Superior Intercultural, en sus distintas especialidades.

Su infraestructura cuenta con cinco edificios, en los cuales se encuentran distribuidos los salones de clase, un laboratorio, baños, biblioteca y salones para las

distintas materias técnicas que ofrece la institución. Cuenta con dos canchas para la actividad deportiva, cinco áreas verdes y seis oficinas.

Los directivos han observado algunas situaciones referentes a las variables de estudio, mencionan tener problemas con distintos alumnos que critican el uso adecuado del uniforme. Expresando que se “ven feos”, por lo cual buscan la manera de modificar el diseño del mismo, lo que provoca que en constantes ocasiones los alumnos sean regresados a su casa para arreglar el uniforme o de lo contrario, sean acreedores de una suspensión temporal. Tal situación es observada con mayor frecuencia en mujeres que en hombres, aunque actualmente ha aumentado el número de casos entre los alumnos varones.

CAPÍTULO 1

AUTOESTIMA

En el presente capítulo se mencionará lo referente al tema de la autoestima, exponiendo distintos conceptos, como también sus características en sus distintos niveles. Se conocerá cómo surge y se va desarrollando la autoestima en un sujeto, teniendo claro cuales con sus componentes, además de conocer cuales con los pilares que fomentan la autoestima sana.

1.1 Conceptualización de la autoestima

La autoestima se considera una actitud hacia uno mismo, la cual se va formando al paso del tiempo en relación con las experiencias vividas por cada individuo

Tal actitud se encuentra conforma por la forma habitual de pensar, amar, sentir y comportarse consigo mismo. Sistema fundamental por el cual se ordenan las experiencias de cada sujeto refiriéndolas a su “yo” personal (Alcántara; 1990).

Es el resultado de una larga secuencia de acciones, comportamientos y pasiones que configuran a cada sujeto durante sus días de existencia, tal aprendizaje generalmente no es intencional o voluntario, ya que depende el contexto en el que

surge, es decir, la autoestima es el resultado entre la unión de distintos hábitos y aptitudes adquiridos (Alcántara; 1990).

Entonces la naturaleza de la autoestima no es estática, sino dinámica y como tal puede crecer, modificarse, arraigarse e integrarse con otras actitudes que el sujeto posee. Pero a la vez puede llegar a debilitarse empobrecerse y desintegrarse. (Alcántara; 1990).

Por otra parte Branden (2011) define la autoestima como la confianza que mantienen los sujetos en su capacidad de pensar y de enfrentarse a los desafíos básicos que surgen en la vida.

Además de centrar tal confianza en el derecho a triunfar y ser felices, mostrando un propio sentimiento de ser respetable y digno, así como la capacidad de afirmar necesidades y carencias propias, para enfocarse a alcanzar su principio moral y a gozar del esfuerzo personal por lograrlo.

Otro autor que hace referencia al tema de la autoestima es Carrión, quien la define “como el conjunto de creencias (limitantes o desarrolladas) y valores (virtuosos o valiosos) que el sujeto tiene acerca de quién es, de sus capacidades, pasadas, presentes y futuras, que le han conducido hasta donde está y que le llevarán hasta donde crea que puede llegar” (2007: 15).

Para Carrión (2007), la autoestima no es simplemente una idea o un sentimiento, sino una fuerza motriz que hace que el sujeto reconozca sus capacidades, generando así motivación e inspirando sus conductas.

El concepto que cada sujeto mantiene sobre su valía, como se mencionó anteriormente, es el último nivel de los millares de impresiones, evaluaciones y experiencias que reunidos conjuntan un sentimiento positivo, o al contrario un sentimiento incómodo de no ser lo esperado (Clark y cols.; 2000).

Coopersmith en 1967 define a la autoestima “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 el que el individuo se cree capaz, destacado, con éxito y valioso. En resumen, la autoestima es un juicio personal sobre la valía que se expresa en las actitudes que el individuo manifiesta hacia sí” (Crozier; 2001: 205).

1.2 Importancia de la autoestima

Según Branden (2010) la autoestima en cada individuo es una necesidad psicológica básica; durante toda la vida se realizan juicios, sin embargo ninguno de ellos es más importante que el propio.

Ese juicio repercute en cada momento y en cada aspecto de la existencia de un sujeto, por tal motivo, la autoestima es importante, ya que ofrece respuestas o recursos más amplios a los acontecimientos o desafíos que surgen cotidianamente.

Al mencionar que es importante la autoestima sea observada como necesidad básica, se refiere a que es esencial para el desarrollo normal y sano, para obtener herramientas que permitan satisfacer las propias necesidades, respondiendo de manera adecuada a desafíos y oportunidades.

Además, Branden (2008) menciona que la naturaleza de tal autovaloración tiene efectos profundos en el proceso de pensamiento de la persona, en sus emociones, sus deseos y en sus objetivos; entonces la autoestima es la clave más significativa para su conducta. Lo que permite comprender psicológicamente a cualquier sujeto es entender el grado de su autoestima y los estándares bajo los cuales se juzga.

Como ya se mencionó, el hombre experimenta el deseo de autoestima como una necesidad básica. Siente con alta intensidad ese deseo de mantener un punto de vista positivo, por lo que es capaz de eludir, reprimir o distorsionar su propio juicio con el objetivo de enfrentar los hechos que podrían estar en contra o afectar negativamente su autoevaluación (Branden; 2008).

Para Clark y cols. (2000), es de vital importancia la autoestima, independientemente del sexo, edad, cultura, trabajo y objetivos en la vida, ya que tiene efectos positivos o negativos en cualquier faceta de la vida del sujeto.

Por tal motivo, las personas que se sienten cómodas consigo mismas suelen sentirse bien con la vida que llevan, son capaces de afrontar y resolver con seguridad las responsabilidades y retos que van surgiendo durante su vida. Además, al satisfacer tal necesidad, la persona es capaz de afrontar otras, como la creatividad, los logros personales y la realización de todo su potencial (Clark y cols.; 2000).

Por otra parte, Montoya y Sol (2001: 133) mencionan que la importancia de la autoestima “reside que ella constituye la plataforma desde la cual proyectamos las diversas áreas de nuestra vida”. Es decir, si la persona se siente valiosa es capaz de percibirse creativa, más productiva, mantener relaciones saludables y como consecuencia, disfrutar de su propia vida.

La autoestima es la ruta que permite al sujeto lograr lo que desea, nutre y beneficia para que disfrute de las situaciones a las que se enfrente o en las que se encuentra inmerso (Montoya y Sol; 2001).

1.3 Origen y desarrollo de la autoestima

La participación de la familia en el aprendizaje de cada sujeto se encuentra como base primordial, una de estas actitudes es la autoestima, en la cual se toma a la familia como primer grupo responsable de su enseñanza. Sin embargo, se debe tomar en cuenta la esencial participación de los profesionales de la educación, trabajando así coordinadamente para conseguir una formación integral de la autoestima (Alcántara; 1990).

Es necesario mencionar que existen algunas familias que presentan un cuadro de conductas, pautas, experiencias y modelos desfavorables para un sano crecimiento de la autoimagen positiva. Frecuentemente los padres escuchan a sus hijos, pero pasan inmediatamente a ofrecer consejos o respuestas y soluciones a sus problemas, limitando de esta manera la propia valoración y estrategias de afrontamiento a sus conflictos (Alcántara; 1990).

Lo expresado anteriormente hace referencia entonces a que la autoestima es una actitud no innata, es decir, no se encuentra ya preestablecida en la personalidad desde su nacimiento, sino que se va formando a lo largo de la vida del sujeto, manteniendo como su base primordial al núcleo familiar.

Se encuentra conveniente, en la búsqueda del sano desarrollo de la autoestima, que el sujeto en su infancia muestre un sentimiento de miembro importante en su grupo. Debe sentirse feliz de ser único e irrepetible, y recibir elogios

por conductas positivas y celebraciones a éxitos, se modo que se observe cualquier tipo de cambio y progreso favorable en las conductas del niño.

Se debe mostrar flexibilidad por parte de los padres en cuestiones de limpieza y disciplina, ofreciendo libertad en la organización y decoración en objetos que sean de la pertenencia del niño, ya que una exigente rigidez aplasta la iniciativa e inventiva del menor (Alcántara; 1990)

La autoestima no solamente implica desarrollar la personalidad en cuestión de un sentimiento de valía, sino también que se es eficiente. Como lo menciona Carrión “la autoestima no es simplemente una idea o un sentimiento, es una fuerza motriz generadora de motivación que inspira nuestras conductas” (Carrión; 2007: 15).

Todo ello permite reconocer las capacidades que posee cada sujeto y a la vez sentirse valioso, para generar así energía y fuerza activa, llevando a cabo un cambio que permite alcanzar un alto grado de autoestima. Esto surge de una manera más concreta a partir del llamado “uso de razón”, en torno a los siete años, época que inicia el proceso de adquisición de habilidades. El niño ha de aprender a pensar organizadamente, a experimentar y reconocer emociones para posteriormente desarrollar distintas habilidades(Carrión; 2007).

Otros autores que hablan sobre el tema son Clark y cols. (2000), quienes relacionan el concepto del yo y la autoestima en un proceso gradual durante toda la vida, empezando con la infancia y pasando por etapas cada vez más complejas.

Durante la infancia se forma el primer concepto del yo, el cual prácticamente se basa en las reacciones de los demás hacia el niño. Mediante las expresiones verbales de los demás, el niño se adueña poco a poco para formar en su interior un concepto del yo, el cual une a sus sentimientos, al estímulo de las sonrisas, a expresiones de ánimo y apoyo, a las aprobaciones y sensaciones físicas fortaleciendo su propio concepto (Clark y cols.; 2000).

Esta primera impresión es el principio que posteriormente forma el propio sentimiento de valía; siempre y cuando tal idea sea positiva, el niño tendrá un concepto de sí mismo fuerte y sano, experimentara una sensación de bienestar y de valor que procede del hecho de ser aceptado y de las respuestas positivas obtenidas por los padres (Clark y cols.; 2000).

Al pasar la primera infancia, el niño amplía su experiencia del mundo fuera del contexto familiar, relacionándose con compañeros de juego, parientes, vecinos. Las respuestas que ellos ofrecen se van sumando al concepto del yo.

Durante esta etapa las capacidades mentales y perceptivas se van perfeccionando y adquiriendo algunas más complejas, para comenzar a tener cierta capacidad para valorar las relaciones hacia su persona antes de ser aceptadas como propias (Clark y cols.; 2000).

1.4 componentes de la autoestima

Según Alcántara (1990) existen tres componentes que conforman a la autoestima, los cuales serán mencionados a continuación:

El primero de ellos es el componente cognitivo, el cual indica ideas, opiniones, creencias, percepción y el procedimiento de la información. Esto hace referencia al autoconcepto que se define como la opinión que tiene la persona de su propia personalidad y sobre su conducta

El segundo componente de la estructura de la autoestima es el elemento afectivo, el cual conlleva a la persona a valorar lo que hay positivo y negativo en ella. Implica un sentimiento de lo favorable o desfavorable, de lo agradable o desagradable, por tal motivo, es un juicio de valor que hace la persona de sí misma sobre sus cualidades personales

El tercer elemento es el conductual, que significa la intención y decisión de actuar, de que el individuo lleve a la práctica un comportamiento consecuente y coherente, entonces es el esfuerzo que la persona realiza por alcanzar fama, honor y respeto ante los demás y ante ella misma.

1.5 Características de la autoestima

De acuerdo con Branden (2011), la autoestima se manifiesta en las personas de una manera directa y sencilla, algunas de las características que se presentan en la persona con autoestima sana son:

- Se expresa a sí misma en la tranquilidad con la que se habla de los propios logros y defectos de manera directa y honesta.
- Experimenta comodidad en dar y recibir cumplidos, expresiones de afecto y en el aprecio.
- Se encuentra abierta a la crítica y a reconocer errores, ya que la autoestima no está ligada a la imagen de ser perfecto.
- Las palabras y los movimientos de una persona se caracterizan por la tranquilidad y la espontaneidad.
- Existe una armonía entre lo que uno dice y hace y en la forma de mostrarse, expresarse y de moverse.
- La persona muestra una actitud de curiosidad y de estar abierta a las nuevas ideas, experiencias y posibilidades de vida.
- Los sentimientos de ansiedad o inseguridad que presente la persona se prestarán menos a la intimidación o al agobio, puede aceptarlos y manejarlos.
- La persona muestra una capacidad de disfrutar de los aspectos alegres de la vida, de los propios aspectos y los de los demás.

- Muestra flexibilidad personal al responder a situaciones o desafíos que se le presenten, ya que confía en sí mismo y sus capacidades.
- Manifiesta un comportamiento firme consigo mismo y con los demás.
- Expresa una capacidad de perseverar la calidad, el equilibrio y la dignidad en situaciones de estrés.
- Se encuentra relacionado con la racionalidad y el realismo, intuición y creatividad.
- Se muestra independiente, flexible y hábil para tratar los cambios, con un amplio deseo de admitir y corregir los errores.

Por otra parte, según Branden (2011), las siguientes características representan a la autoestima baja:

- La persona muestra una facilidad para ser manipulada por el miedo a la realidad hacia la que se siente inadecuada.
- Presenta miedo a hechos acerca de sí mismas o de los demás, los cuales se han negado, rechazado o reprimido.
- La persona muestra miedo a que sus pretensiones no se cumplan, a ser desenmascarada.
- Presenta miedo a ser humillada después de fracasar y en algunas ocasiones, a las responsabilidades del éxito
- La persona se encuentra más pendiente de evitar el dolor que de experimentar la alegría.

- Al enfrentarse a los problemas básicos de la vida, presenta un sentimiento de indefensión.
- Además de inhibir su pensamiento, tiende a deformarlo.
- Si la persona se enfrenta a acusaciones injustas de los demás, puede sentirse desarmada o incapaz de desmentir sus afirmaciones, puede aceptar los cargos como verdaderos.
- La base y motor de la baja autoestima no es la poca confianza en sí misma que presenta la persona, sino el miedo; escapar del terror a vivir es su objetivo fundamental
- La persona con baja autoestima evita los desafíos, busca la posibilidad de que se le absuelva de las situaciones.

Clark y cols. (2000) mencionan que la autoestima en el adolescente sufre de grandes altibajos, a continuación se presentan las características de un adolescente con sana autoestima:

- Actuará independientemente, podrá elegir y decidirá como emplear su dinero, tiempo, ropas y ocupaciones.
- El adolescente es capaz de asumir sus responsabilidades, actuará con seguridad en sí mismo y asumirá ciertas tareas o necesidades que encuentra evidentes.

- El adolescente será capaz de afrontar nuevos retos con entusiasmo, mostrara interés por tareas desconocidas, situaciones y actividades nuevas de las cuales aprenderá y pondrá en práctica.
- Se mostrará orgulloso de los logros obtenidos, además de interesarse por tareas desconocidas y enfrentarlas con confianza en sí mismo.
- Es capaz de demostrar amplitud de emociones y sentimientos, de manera espontanea podrá reír, sonreír, gritar, llorar y expresar su afecto sin reprimirse.
- Tolerará adecuadamente la frustración, será capaz de expresar las situaciones que lo entristecen.
- El adolescente se sentirá capaz de influir en otras personas, tendrá confianza en las impresiones y en el afecto que produce en los demás individuos.
- El adolescente será capaz de demostrar sus sentimientos positivos hacia sí mismo y hacia los demás, de distintas maneras sutiles.
- Actuará de manera coherente con la imagen que tiene de sí mismo, aumentando su sentido de valía, sin tomar en cuenta las circunstancias que lo puedan cambiar.
- El adolescente se sentirá capaz y confiado, comportándose de manera que las actividades que realice, reafirmen su sentido de propia valía.
- El adolescente que posee sana autoestima aprenderá con mayor facilidad, abordará las situaciones nuevas que tenga que aprender con confianza y entusiasmo.

- El éxito reforzará sus sentimientos positivos al observarse más competente con cada éxito obtenido.
- Los adolescentes con sana autoestima suelen desarrollar mejores y más sanas relaciones interpersonales, además de ser elegidos para puestos de liderazgo.
- El adolescente que se siente cómodo consigo no se encuentra al pendiente de los demás para que reconozcan, lo motiven o lo dirijan.
- Es capaz de aceptar lo que los demás ofrecen sin necesidad que ellos reconozcan su valía.
- Suele demostrar una alta creatividad en la mayoría de las actividades que realiza, recibiendo como consecuencia la aprobación por todo lo destacado que hace

Por el contrario Clark y cols. (2000) mencionan las características de un adolescente sin una sana autoestima:

- El adolescente desmerecerá su talento.
- Presentará un sentimiento de que los demás no lo valoran, se sentirá inseguro y negativo sobre el afecto o apoyo que le ofrecen.
- El adolescente se sentirá impotente, al enfrentar algún reto o dificultad no tendrá ningún convencimiento de poder superarlo.

- El adolescente sin autoestima se dejará influir de manera sencilla, cambiará de ideas y de comportamientos frecuentemente, será manipulado por personalidades más fuertes.
- Mostrará una pobreza de emociones y sentimientos, repetirá solamente algunas pocas expresiones emocionales; descuido, inflexibilidad, histeria.
- Eludirá situaciones que le provoquen ansiedad, mostrando escasa tolerancia ante situaciones que perciba como amenazantes.
- Emitirá vagas señales de angustia, proyectando sus propios sentimientos de inadaptación a los demás.
- Se mantendrá a la defensiva y fácilmente se frustrará, será incapaz de aceptar las críticas o peticiones que no se encuentren dentro de sus planes, justificando su comportamiento al respecto
- Culpará a otros de la debilidades que el presente, pocas ocasiones será capaz de admitir errores atribuyendo a otros la causas de sus dificultades.
- Actuará de manera errática e irracionalmente, repitiendo en distintas ocasiones actos que lleven a su desaprobación o al castigo
- Se sentirá desplazado e incapaz de realizar actividades, cerrándose a distintos planteamientos y posibilidades para obtener el éxito deseado.
- El adolescente que se cree incapaz de aprender cada vez que se acerque a una tarea de aprendizaje, lo hará con un sentimiento de desesperanza y temor.
- Se muestra cauteloso y procura eludir cualquier expresión artística o experimental.

- Los adolescentes con poca autoestima por lo regular muestran miedo a cometer errores que se traduzcan como fracaso y obtengan la desaprobación de los demás.

1.6 Pilares de la autoestima

De acuerdo con Branden (2011) existen seis cimientos que conforman la autoestima, los cuales serán mencionados a continuación:

- La práctica de vivir conscientemente.

La consciencia es percibida como la suprema manifestación de la vida, por tal, entre más elevado sea el nivel de consciencia, más avanzada será la forma de vida. Es necesario tener claro que por el término de consciencia se entiende como el estado de ser conocedor de algún aspecto de la realidad.

Para el ser humano, la capacidad de desarrollar consciencia es volitiva, es decir, que tiene la capacidad de buscarla o no hacerlo, la de enfocar la mente o no. Entonces posee la opción de ejercitar facultades o de subsistir por sus medios de supervivencia.

Si la persona no aporta hacia sí misma un adecuado nivel de consciencia a las actividades que realiza, se verá afectado su sentido de eficacia personal y de respeto propio, de esta manera no podrá llegar a sentirse competente y valiosa, al conducir

su vida en un estado de confusión mental, ya que se encuentra traicionando su instrumento básico de supervivencia y dañando su autoestima.

Es necesario mencionar que el vivir conscientemente no hace referencia a los niveles de inteligencia, sino que la persona intente ser consciente de sus acciones, propósitos, valores y metas, comportándose de acuerdo con lo que conoce.

Sin embargo, es necesario mencionar que la facultad de vivir conscientemente no se reduce a llevar a cabo algún tipo de solución a los distintos problemas que surgen en la vida de cada sujeto, no significa permanecer en el mismo estado mental de mantener una consciencia explícita de todo lo que se realiza, sino que la persona se encuentre en el estado adecuado a lo que se está haciendo.

El vivir consciente implica mantener respeto hacia los hechos de la realidad, tanto de los hechos del mundo interior del sujeto como del mundo exterior, sin llegar a confundir lo subjetivo de lo objetivo. Además la persona debe mostrar interés en conocer si las acciones tienen relación con sus propósitos, buscando retroalimentación de su entorno adaptándose o corrigiendo su camino si es necesario.

- La práctica de aceptarse a sí mismo.

El desarrollar la autoestima es imposible si la persona no se acepta a sí misma, estas ideas se encuentran estrechamente asociadas, sin embargo, cada una

de ellas tiene un significado distinto. La autoestima es lo que el sujeto experimenta mientras que la aceptación a sí mismo es algo que hace.

El concepto de aceptación de sí mismo tiene tres niveles: el primero menciona que esta aceptación se refiere a una orientación de la valoración y del compromiso que la persona hace consigo misma, es entonces el resultado del hecho de estar vivo y ser consciente, siendo así más primitivo que la autoestima.

Existen algunas personas que se rechazan a sí mismas en un nivel profundo en el cual es imposible iniciar un proceso de crecimiento hasta que ese aspecto sea manejado. Si esta cuestión no es abordada, será difícil que la persona internalice adecuadamente un aprendizaje nuevo, ni se observarán progresos significativos.

Una actitud básica de aceptación hacia sí mismo puede lograr que una persona se inspire y enfrente lo que más necesite encontrar sin derrumbarse en el camino a hacerlo, sin demeritar el valor de su persona o abandonar su voluntad de vivir, por tal situación, esta actitud puede permanecer latente en cada sujeto y despertar súbitamente.

En el segundo nivel de la aceptación de sí mismo, la persona muestra disposición a experimentar lo que piensa, lo que siente, que desea. Es la disposición de experimentar en lugar de desacreditar cualquier hecho en particular, a pensar sus pensamientos o de tener sus propios sentimientos. Esto no implica que las emociones decidan lo que la persona va a realizar en determinada situación

Cuando el sujeto muestra una actitud de experimentar y aceptar indiscriminadamente sus sentimientos negativos, logra ser capaz de prescindir de ellos, ya que se ha permitido expresarlos y abandonarlos del centro de su atención. Tal aceptación dispone a la persona a mencionar de acuerdo con cada emoción o conducta lo siguiente “esto es una expresión de mí, no necesariamente una expresión que me gusta o que admiro, pero una expresión de mí a pesar de todo, al menos en el momento en que tuvo lugar”.

Entonces el hecho de aceptar una determinada situación resulta ser más que el simple hecho de reconocer o admitir, ya que se experimenta la contemplación de la realidad de algo que después pasa a integrarse a la consciencia, sin embargo, como ya se mencionó anteriormente, la persona tiene que abrirse y experimentar plenamente sus emociones no deseadas, dejando de reconocerlas solamente de modo superficial.

El tercer nivel de la aceptación de sí mismo lleva al sujeto a una idea de compasión de ser su propio compañero o amigo, tal aceptación no niega la realidad si ha realizado algo que lamenta o que tiene consciencia de que fue algo incorrecto, sino que muestra una actitud de conocer y comprender por qué esa situación inadecuada en determinado momento, se consideró deseable o incluso necesario.

Existen con frecuencia contextos en el que las conductas que se perciben como ofensivas, incorrectas o inadecuadas, si bien puede ser encontrado en ellas su propio sentido, teniendo claro que no es motivo para ser justificadas; solo pueden

llegar a ser comprensibles en determinado contexto. Se ha comprobado que la persona que muestra una actitud de compasión consigo misma, no fomenta una conducta no deseada, por el contrario: reduce la posibilidad de que esta se presente.

La persona puede encontrarse tan atemorizada de sus puntos débiles como de sus dones, puede tratar de escapar no solamente de su lado oscuro, sino también de su lado brillante de todo aquello que amenace con hacerlo sobresalir, de aquello que le pide avanzar a un nivel superior de consciencia y así alcanzar una base más íntegra. Por tal motivo, si una persona mantiene una aceptación de sí misma de manera plena, no rehúye a lo peor de sí como tampoco de lo mejor.

- La práctica de asumir la responsabilidad de uno mismo.

Para que una persona pueda sentirse competente y digna de su felicidad, es necesario que experimente una sensación de control sobre su vida, lo cual exige asumir la responsabilidad de sus actos, de sus logros y de sus metas.

Un punto esencial para la autoestima es la responsabilidad que cada persona mantiene de sí mismo y a su vez, también es un reflejo de la autoestima, por lo tanto su relación es siempre recíproca.

- La práctica de la autoafirmación

El término de autoafirmación se refiere a que la persona respete sus deseos, necesidades y valores, como también buscar la manera adecuada de expresión de los mismos, lo cual no conlleva la agresividad inadecuada, en vez de ello, significa que mantenga la disposición de valerse por sí misma, a expresar abiertamente quien es, a mantenerse con respeto frente a sus relaciones interpersonales, esto equivale a que no modifique su personalidad con el objetivo de agradar.

Ejercer la autoafirmación lleva a la persona a vivir de una manera auténtica, hablar y actuar de acuerdo con sus convicciones. Entonces, la raíz de la autoafirmación es que la persona piense por sí misma y sea responsable de eso que piensa, si se negara a esta responsabilidad se falta a sí misma desde un nivel básico.

Por otra parte, la facultad de la autoafirmación conlleva a la capacidad de expresar un no cuando la persona así lo desea, sin embargo, es incorrecta la exigencia de oponerse a la mayoría de las distintas situaciones; desde esta perspectiva, se pretende que la persona viva de acuerdo con sus propios valores y expresarlos, de ahí se plantea la idea de que la autoafirmación se encuentra estrechamente relacionada con la integridad.

La práctica sensata de la autoafirmación provoca que la persona se maneje de una manera lógica y congruente, comprometiéndola con su derecho a existir,

teniendo claramente definido que tal existencia no es de la pertenencia de otro individuo, por lo cual no se encuentra dispuesta a vivir dentro de las expectativas de otro. Para lograr tal congruencia, es necesario que la persona se encuentre con la convicción de que sus ideas y deseos son importantes.

- La práctica de vivir con propósito.

Esta práctica hace referencia a que la persona utilice sus facultades y aptitudes para la búsqueda y consecución de las meta que ha elegido, siendo estas las que lo impulsan y exigen que sean utilizados sus recursos, vigorizando su vida.

Vivir con propósito se ve reflejado en las personas en su manera de vivir productivamente, exigiendo sus capacidades para afrontar la vida, cuando logran ser responsables de sí mismas, no buscan las situaciones que aligeren su propia existencia traspasando sus responsabilidades a otros. Conocen sus propósitos, los cuales se encuentran en consonancia con sus capacidades, tales metas revelan el concepto que perciben de sí mismas.

Tal manera de vivir exige a la persona que cultive en ella la capacidad de autodisciplina, esto consiste en la capacidad de posponer las gratificaciones inmediatas por la satisfacción de una meta lejana, lo cual supone algunas cuestiones básicas; una de ellas es asumir la responsabilidad de formular sus propias metas de una manera consciente, interesándose la persona por identificar que acciones serán necesarias para lograr lo que busca, controlando su conducta, mostrándose

coherente con sus metas, y finalmente, que muestre atención a sus actos con el objetivo de verificar si lo están conduciendo a donde desea llegar.

- La práctica de la integridad personal.

La integridad se refiere a una integración de ideales, convicciones, creencias y la conducta. Cuando la conducta de una persona es congruente con sus valores, cuando mantienen relación sus ideales con su práctica, se considera íntegra.

Sin embargo es necesario tener claro que la integridad no garantiza que siempre la persona tomara la mejor elección, simplemente le exige la autenticidad de su esfuerzo por tomar la decisión que le sea correcta además de permanecer consciente, conectado con su conocimiento y asumiendo la responsabilidad de las consecuencias sin pretender huir de una posible confusión mental.

Después de haber expuesto la perspectiva de Branden (2011) sobre los fundamentos de la autoestima, se revisarán los distintos grados en que se presenta.

1.7 Niveles de la autoestima

La variable autoestima ha sido operacionalizada mediante algunos indicadores que permiten identificarla, incluso medirla y ser clasificada en distintos niveles: alta, media y baja.

González-Arratia (2001) explica que la autoestima alta en los sujetos conlleva que se consideren productivos, dignos de ser estimados, se respetan y mantienen una vida con integridad, muestran honestidad, confianza en sus competencias, habilidades y seguridad en sus decisiones, como también son capaces de reconocer sus errores y limitaciones.

Por tal motivo, la autoestima alta se encuentra asociada a la salud mental. El sujeto que la posee, presenta las siguientes características:

- Creatividad.
- Es cooperativo.
- Muestra energía y alegría.
- Tiene disposición a generar nuevos aprendizajes.
- Acepta su género y rol sexual.
- Realiza de forma adecuada su trabajo y siente satisfacción de hacerlo.
- Se aprecia a sí mismo y a los demás.
- Muestra capacidad para expresar sus sentimientos, permitiendo que los demás lo hagan.
- Asume sus responsabilidades.
- Tolera de manera adecuada la frustración.
- Influye de manera positiva en otras personas.
- Muestra una capacidad asertiva.
- Muestra entusiasmo en actividades nuevas y distintas.

- Generalmente presenta ideas innovadoras.
- Siente libertad de hacer sus tareas sin temor.
- Desarrolla habilidades que le permiten llegar a los objetivos que se plantea.
- Presenta relaciones interpersonales sanas y duraderas con personas de su sexo opuesto.
- Se percibe con agrado y es percibido por los demás de la misma manera.
- Mantiene un total aprecio hacia su persona, respetándose a sí mismo y a los demás.
- Se muestra confiado en sus capacidades y confía en los demás.
- Se percibe como una persona única e irrepetible.
- Permite la expresión de sus sentimientos como tales.

De esta misma manera Coopersmith (referido por González-Arratia; 2001) menciona que los sujetos que presentan una alta autoestima realizan sus actividades con un sentimiento de que hacen lo correcto, con la creencia de que su esfuerzo los llevará a situaciones esperadas y prósperas, aceptando opiniones de los demás. La autoestima elevada lleva a las personas a mantener un sentido de independencia social, siendo más acertadas en sus decisiones.

Además Coopersmith (citado por González-Arratia; 2001) menciona que este tipo de personas con alta autoestima fueron moldeadas bajo condiciones de

aceptación, manteniendo una definición clara de las normas y del respeto, fueron afectivas, equilibradas y competentes.

Por otra parte los sujetos con una autoestima media, principalmente presentan las siguientes características:

- Tienen a ser optimistas y expresivos.
- Presentan capacidad para soportar críticas.
- Se encuentran al pendiente de la aceptación social.
- Son personas más activas que los que presentan autoestima elevada.
- Se encuentran en constante búsqueda de experiencias sociales.

Las personas que presentan un bajo nivel de autoestima muestran las siguientes características:

- Se sienten aisladas, incapaces de expresarse o defenderse.
- Son débiles para afrontar sus deficiencias.
- Son personas pasivas, con poca participación social.
- Constantemente se encuentran preocupadas.
- Son susceptibles hacia las críticas.
- Se sienten incapaces de resolver problemas.
- Muestran enfermedades psicosomáticas.
- Desconfían de sí mismas.

- Son personas generalmente pesimistas.
- Faltas de respeto por sí mismas.
- Deforman su propia imagen.
- El temor limita la consecución de sus objetivos y metas.
- Tienden a consumir drogas, al suicidio o al asesinato.
- Presentan un sentimiento de inferioridad.

La autora González-Arratia (2001: 42) menciona, en dicho sentido, lo siguiente: “existen cuatro causas principales de la baja autoestima como son la falta de dinero, de amor, de salud y de atractivo físico”.

Dentro de las características psicológicas que presentan los sujetos con baja autoestima, se encuentra que son ansiosos, vacilantes, inseguros, celosos, envidiosos, se desprecian a sí mismos. Además de mostrar una necesidad compulsiva de satisfacer a otras personas, están interesados en el dinero, el poder y el prestigio, con una alta necesidad de ser aceptados, de amar y ser amados.

De la misma manera Adler (mencionado por González-Arratia; 2001) menciona los sentimientos de inferioridad que producen la baja autoestima, señalando tres antecedentes que pueden tener influencia negativa en este aspecto y los cuales se exponen a continuación:

- Inferioridad orgánica, cualquier tipo de deficiencia física.

- Con la aceptación, apoyo y estímulo de los padres, las personas que presentan inferioridad pueden llegar a compensar estas debilidades y lograr aumentar su autoestima.
- Sobreindulgencia, ya que los niños que son sobreprotegidos tienden a tener un valor irreal de lo que son.

Se desarrolló una prueba para medir el nivel de autoestima, un cuestionario llamado Self-Steem Inventory. Los ítems hacen referencia a distintas áreas de la vida donde se incluye la escuela, relaciones con los compañeros y dentro de la familia.

Esta prueba fue traducida al español, estandarizada en la Universidad de Concepción en Chile por H. Brinkmann y T. Segure sobre la traducción de J. Prewitt Díaz en 1988. La investigación fue aplicada a 1398 alumnos de ambos sexos, lo que permitió introducir pequeñas modificaciones respecto a la terminología anterior.

El inventario quedó compuesto por 58 ítems que permiten la percepción del estudiante en cuatro escalas: autoestima general, social, hogar y padres, así como la escolar-académica; adicionalmente contiene una escala de mentira.

- Autoestima general: permite conocer el nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas.
- Autoestima social: nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas en relación con sus pares.

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

Por lo expresado dentro de este capítulo, la autoestima se comprende como la secuencia de acontecimientos que van surgiendo durante la existencia de un sujeto, las cuales van en relación con el contexto en el que se presentan, dejando como resultado un juicio de valor que la persona elabora sobre sí misma y sus capacidades.

Es necesario mencionar que tal autoconcepto lo va desarrollando y formando el sujeto desde sus primeros años de vida; a respecto, se encuentran como base fundamental los padres, quienes son los responsables durante esa etapa de que el infante forme una idea sana de sí mismo mediante su participación activa y libre.

Por último, tal juicio dispone de distintos estados afectivos, los cuales pueden ser tanto positivos como negativos, esto se ve reflejado principalmente en el comportamiento del sujeto, como también en la capacidad que muestra ante las situaciones que se le presentan, ya sean percibidas como opción al crecimiento personal o amenazantes.

CAPÍTULO 2

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Los trastornos de la alimentación constituyen un problema que se observa en aumento en la sociedad actual, principalmente en los jóvenes, debido a distintos factores como los medios de comunicación, que tienen claramente establecidos los márgenes de belleza.

Dentro del siguiente capítulo se expondrá lo referente al tema de los trastornos alimenticios, su definición, se expondrá cuáles son los principales, así como los perfiles que presenta este tipo de pacientes.

Además, se mencionarán cuáles son los factores que influyen en la aparición y desarrollo de tales trastornos, por último se expondrá el tipo de tratamiento que se utiliza en este tipo de pacientes.

2.1 Antecedentes históricos de la alimentación

Desde la antigüedad, en la historia de la cultura se han observado conductas alimentarias desordenadas. En épocas pasadas existían los banquetes en los que se comía de manera desmesurada, los cuales tenían un carácter social que buscaba la demostración de poder; dentro de estos, el vómito se encontraba como una actividad común, con el objetivo de seguir comiendo.

Dentro de la cultura cristiana también existía la restricción alimentaria pero asociada a un simbolismo religioso, sus miembros practicaban el ayuno como una penitencia, expresando así rechazo al mundo y la tendencia a llegar a un nivel espiritual superior (Jarne y Talarn; 2000).

Sin embargo, no todos los casos que se presentaban en esa época mostraban vinculación con una vida de penitencia religiosa, ya que existían algunos pacientes que lo demostraban, esto despertó la curiosidad de la gente. En el año 1873, Gull y Lassege, médicos del hospital La Pitie de París, elaboraron descripciones completas sobre los cuadros de anorexia, los cuales se inclinaban por una etiología psicógena, estos cuadros mantienen similitud a los expuestos en la actualidad (Jarne y Talarn; 2000).

Desde los años setenta existe una visión más pragmática sobre el problema, en la que se toma en cuenta tres núcleos conflictivos que originan la anorexia: el peso, la figura y los pensamientos distorsionados. De esta manera se han establecido tratamientos pluridisciplinarios donde se manejan tales aspectos.

En el año 1979, Russell realizó la descripción de un cuadro clínico que se caracterizaba por episodios de ingesta voraz; posteriormente, el paciente pasaba a conductas de purga, tal cuadro lo vinculó con la anorexia nerviosa, al considerarlo una evolución de tal trastorno, lo que denominó como bulimia nerviosa (Jarne y Talarn; 2000).

Por otra parte la obesidad, no es considerada como un trastorno psiquiátrico, aunque durante algún momento histórico fue un signo de belleza, salud y posición social. Actualmente se observa como un cuadro médico que resulta peligroso para la salud, a partir de un cierto nivel de peso que se encuentra considerado por encima del peso ideal, por lo cual la obesidad consiste en una acumulación excesiva de grasa corporal (Jarne y Talarn; 2000).

2.2 Definición y características clínicas de los trastornos alimenticios

Los trastornos alimenticios son caracterizados esencialmente por las alteraciones graves de la conducta alimentaria que el sujeto presenta. Dos de los principales trastornos son: la anorexia nerviosa, que consiste en el rechazo que la persona mantiene en sostener un peso corporal en los valores mínimos normales (APA; 2002); mientras tanto, la bulimia nerviosa se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad, seguidos de conductas compensatorias como el vómito provocado, el uso excesivo de laxantes, diuréticos, el ayuno o el ejercicio (APA; 2002).

Otra de las características principales de estos trastornos es la alteración o distorsión de la percepción de la forma y el peso corporal que el paciente mantiene de sí mismo.

2.2.1. Anorexia nerviosa

La anorexia es caracterizada por el intenso deseo del paciente por pesar cada vez menos, presenta miedo al hecho de estar obeso y una peculiar distorsión en su esquema corporal, que hace que se vea más gordo de lo que en realidad se encuentra.

El paciente con este trastorno utiliza distintos métodos, con el objetivo de bajar de peso progresivamente, algunos de ellos son: restricción alimenticia, ejercicio físico y conductas de purga (Jarne y Talarn; 2000).

Las mujeres que presentan anorexia nerviosa, aunque hayan pasado la menarquía, sufren de amenorrea; esta perturbación consiste en la supresión del flujo menstrual. Además de mantener un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su talla y edad (APA; 2002).

Los pacientes con anorexia, lejos de sentirse sin apetito, lo cual resulta lo contrario a su término, son sujetos que se encuentran hambrientos, sin embargo no comen; se encuentran en constante preocupación de cuáles son los alimentos idóneos que deben consumir para no engordar, originando un deseo irrefrenable de seguir adelgazando (Belloch y cols.; 1995).

Por otra parte, se reconocen dos tipos de anorexia nerviosa, uno de ellos el restrictivo, el cual describe los cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se

consigue con dietas, ayunando o realizando excesivo ejercicio; durante estos episodios los individuos no recurren a atracones ni purgas (APA; 2002).

Mientras que el tipo compulsivo/purgativo señala que el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos), provocándose el vómito, utilizando diuréticos, laxantes o enemas de manera excesiva (APA; 2002).

El DSM-IV (citado por Jarne y Talarn; 2000: 151) menciona los siguientes criterios para el diagnóstico de la anorexia nerviosa:

- “Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal en relación con su talla y edad.
- Miedo intenso a ganar peso o en convertirse en obeso incluso estando por debajo del peso normal.
- Alteración de la percepción del peso o silueta corporal y negación del peligro que conlleva el bajo peso.
- En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea, ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos.”

Además, se distingue un tipo de anorexia, que se determina como nerviosa atípica, que se identifica en aquellos casos que no cumplen con los criterios suficientes para diagnosticarse como anorexia nerviosa. Pueden fallar algunos

signos, como la pérdida significativa de peso o la amenorrea y no es debida a una etiología somática conocida (Castillo y León; 2005).

2.2.2 Bulimia nerviosa

Este tipo de trastorno es caracterizado por una conducta alimentaria anormal, presenta episodios de ingesta voraz, para después pasar a movimientos compensatorios para eliminar las calorías adquiridas. Después de los episodios, el sujeto se muestra malhumorado, triste y con sentimientos de autocompasión y menosprecio (Jarne y Talarn; 2000).

Durante los episodios, la alimentación no es normal, ya que puede estar restringida o mantenerse dentro de un ciclo de grandes ingestas y vómitos. Los sujetos que presentan bulimia nerviosa tienen una autoevaluación que se encuentra influida excesivamente por el aspecto de su silueta y peso corporal.

Por otra parte, el atracón se define como el consumo a lo largo de un periodo de tiempo, de una cantidad de comida superior a la que cualquier sujeto comería; estos atracones no tienen que presentarse en un solo lugar específico, es decir, que puede iniciar dentro de un restaurant y continuar en su casa. Sin embargo, no se considera atracón si el sujeto va “picando” pequeñas cantidades de alimentos durante todo el día (APA; 2002).

Los tipos de alimento que el sujeto bulímico consume, con frecuencia son variados, aunque generalmente tiende a ingerir dulces y alimentos con un alto contenido calórico. Tales atracones, a pesar de ello, no son caracterizados por la necesidad de comer un tipo de alimento en específico, sino por la cantidad anormal que consume (APA; 2002).

Generalmente, estos sujetos sienten vergüenza por la conducta que presentan e intentan ocultar los síntomas, entonces los atracones con frecuencia se realizan a escondidas o lo mas disimuladamente posible, pueden ser o no planeados con anterioridad. Además, los atracones reducen en el sujeto los sentimientos de disforia de manera transitoria, seguidos de sentimientos de autodesprecio y estado de ánimo depresivo (APA; 2002).

Para determinar la presencia o ausencia del uso regular de métodos de purga la APA (2002) emplea los siguientes subtipos:

- Purgativo, el cual describe los cuadros clínicos en los que el paciente se provoca el vómito y utiliza de manera inadecuada laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio bulímico.
- No purgativo, describe los cuadros clínicos en los que el paciente ha utilizado métodos o técnicas compensatorias inapropiadas, como el ejercicio excesivo o ayunar.

El DSM-IV presenta los siguientes criterios para el diagnóstico de la bulimia nerviosa (APA; 2002):

- Presencia de atracones, que se caracteriza por la ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo, además de una sensación de pérdida de control sobre la ingesta de los alimentos.
- Conductas compensatorias inapropiadas, con el objetivo de no ganar peso, como el vómito, uso de laxantes, enemas, diuréticos u otros fármacos, como también el ayuno y ejercicio excesivo.
- Los atracones se presentan al menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses.
- La autoevaluación del sujeto se encuentra influida por el peso y la silueta corporal.
- La alteración no es exclusiva durante el transcurso de la anorexia nerviosa.

Por otra parte, la CIE-10 menciona los siguientes criterios para el diagnóstico de la bulimia nerviosa (APA; 2002):

- Preocupación continua del paciente por la comida con deseos irresistibles de comer, consumiendo grandes cantidades de comida en cortos episodios de tiempo.

- El paciente intenta disminuir el aumento de peso utilizando distintos métodos de purga; si la anorexia se presenta en un paciente diabético, este puede abandonar su tratamiento con insulina
- La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar, en el cual el paciente se fija un parámetro de peso muy inferior al presentado antes de la enfermedad o al nivel ideal.

Existen cuadros de bulimia nerviosa en los que fallan algunos síntomas o signos principales, los cuales caracterizan a tal trastorno; en estos casos se diagnostica como bulimia nerviosa atípica. Se presenta en casos de pacientes con peso normal o incluso superior a lo esperado, con episodios de excesiva ingesta, seguidos de vómitos o purgas acompañados de síntomas depresivos (Castillo y León; 2005).

2.2.3. Obesidad

La obesidad se considera un trastorno que requiere de atención a largo plazo y se define 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 hombre” (Van Itallie y Margie, citados por Belloch y cols; 1995: 544).

Generalmente, se acepta que las personas obesas comen de manera excesiva, por lo cual la psicología ha tratado de elaborar modelos que expliquen esta conducta de sobreingesta. Algunos autores en estos modelos establecen que las

personas obesas presentan problemas de personalidad, los cuales se compensan comiendo en exceso (Jarne y Talarn; 2000).

Otros modelos consideran a la ansiedad como principal factor determinante, comentan que la sobrealimentación puede aparecer como respuesta a situaciones que son percibidas como amenazantes o tensiones emocionales no específicas, como un sustituto gratificante a situaciones vitales intolerables, como síntoma de una enfermedad mental subyacente e incluso como una adicción a la comida (Jarne y Talarn; 2000).

2.2.4. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas

Este término se refiere a la ingesta excesiva como respuesta o reacción a acontecimientos que el sujeto percibe como estresantes y que da origen a la obesidad. Algunos de estos acontecimientos son los duelos, accidentes, intervenciones quirúrgicas y acontecimientos estresantes; esta perturbación se presenta principalmente en pacientes que tienden a ganar peso (Castillo y León; 2005).

Este trastorno se debe diferenciar de las situaciones en las que el paciente sufre de obesidad, la cual desencadena la falta de confianza en sus relaciones interpersonales y presenta una baja autoestima, como también de aquellas situaciones en las que dicha condición corporal es el resultado de los efectos secundarios de tratamientos farmacológicos (Castillo y León; 2005).

2.2.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas

También es conocido con el término de vómitos psicógenos e hiperémesis gravídica psicógena. Se considera cuando aparecen vómitos repetidos sin que sean provocados por el paciente en la hipocondría, como uno de los síntomas corporales que experimenta, además, dentro del embarazo, ya que los factores emocionales facilitan la aparición de vómitos o náuseas recurrentes (Castillo y León; 2005).

2.2.6 Trastorno por atracón

Este trastorno se caracteriza por la aparición de atracones recurrentes en los cuales el paciente pierde el control de los mismos, sin existir conductas compensatorias como en la bulimia. Después de realizar el atracón, el paciente experimenta una sensación de disgusto, culpabilidad e incluso depresión, come de manera rápida cuando aun no tiene hambre y con una desagradable sensación de plenitud (Castillo y León; 2005).

2.2.7. Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia

Según Castillo y León (2005), la característica principal de este tipo de trastornos es que el infante rechaza los alimentos o presenta conductas caprichosas que lo alejan de una conducta alimentaria normal, las cuales principalmente se presentan frente a su cuidador habitual. A continuación se mencionarán algunos de estos trastornos de la conducta alimentaria en la infancia:

- Rechazo alimentario: este tipo de síntoma puede aparecer en distintas patologías, una de ellas es la anorexia nerviosa en sus primeras etapas, donde el paciente no pierde el apetito, pero se rehúsa a consumir alimentos.
- Pica o alotriofagia: se refiere a que el paciente ingiere de manera persistente sustancias no nutritivas, como la tierra. Se considera una conducta anormal cuando el infante supera los 18 meses de edad.
- Rumiación o mericismo: este trastorno aparece entre los tres y los doce meses, consiste en la regurgitación repetida de la comida ingerida.
- Potomanía: este tipo de trastorno se refiere a la ingesta excesiva de líquidos, principalmente agua.

Por otra parte, Jiménez (1997) hace mención de otros comportamientos inadecuados dentro de la conducta alimentaria, los cuales serán descritos a continuación:

- Comportamientos disruptivos durante la comida y hábitos alimentarios inadecuados: se refiere a la costumbre que muestra el infante a comer de pie o levantándose constantemente de la silla, como también comer solamente cuando está jugando o negarse a utilizar cubiertos.
- Rechazo de alguna clase de comida: existe gravedad si los alimentos rechazados por el infante puede afectar negativamente su salud de no ser consumidos.

- Negación a tomar alimentos sólidos: el infante accede únicamente a consumir alimentos que sean líquidos o que se encuentren molidos o colados.
- Ingesta de comida mezclada, se refiere a que el infante únicamente ingiere alimentos que se encuentran triturados y con varias mezclas de sabores.
- También se incluyen: la falta de apetito, el tiempo de comida excesivo y los vómitos.

2.3. Esfera oroalimenticia en el infante

Los seres humanos desde muy temprana edad, cuentan con una serie de reflejos, el automatismo oroalimenticio de succión y la deglución, son los principales. El movimiento de succión labial se encuentra presente desde el nacimiento presentando una orientación hacia la fuente de excitación (Ajuriaguerra; 1973).

La reacción oral aparece en esta etapa como una de las primeras formas de relación con el mundo externo, sin embargo, aún no se percibe como una auténtica relación objetal, por tal motivo, durante esta etapa el infante no es capaz de percibir a la madre como un objeto de amor, sino como una dependencia infantil. Teniendo claro que la relación objetal hace referencia a la relación que el niño establece con la madre, en la cual se presenta una connotación afectiva o emocional. (Laforgue, mencionado por Ajuriaguerra; 1973).

2.3.1. Organización oroalimenticia

A. Freud (citada por Ajuriaguerra; 1973) menciona dos satisfacciones distintas: por una parte se encuentra la satisfacción de saciar el apetito y por otra, la satisfacción erótica oral. Durante la fase objetal, el infante lleva su afecto hacia la madre, quien le proporciona el alimento; al cumplir los dos años ya es capaz de distinguir entre su madre y el alimento, aunque subconscientemente mantiene tal asociación. El infante encuentra la actividad oral como fuente de satisfacción y una necesidad biológica de nutrición, es también un origen de contacto externo mediante su apropiación, la cual consiste en tomar y dejar o mediante un juego de labios o mordiscos.

El acto de tetar no es simplemente percibido por el infante como un medio de satisfacción que le produce al momento de comer, sino que aparece como un placer real. Descubre que la estimulación de la boca y los labios le produce placer, aunque esta no vaya acompañada de los alimentos. El infante hace funcionar su reflejo de succión para lograr placer cuando se encuentra chupando su pulgar, ya que no tiene a su alcance el seno materno (Ajuriaguerra; 1973).

Por parte de la madre, el dar alimento a su hijo no solamente es un acto nutritivo, sino que significa ofrecer algo de sí misma, en lo cual se involucra su actitud. El hecho de tetar la madre a su bebé, conlleva que encuentre su comodidad, una posición que le permita acariciar, además de reconocer un olor específico. De

esta manera satisface no solamente su hambre, sino todas las necesidades del infante (Ajuriaguerra; 1973).

Durante el primer semestre de vida del infante, le suelen dar de comer con excesiva rigidez, lo que conlleva a mantener horarios fijos y raciones con la misma cantidad de comida. Tal situación psicofisiológicamente tiene resultados negativos, ya que se le fuerza a comer cuando aún no tiene hambre y queda insatisfecho cuando necesita más comida.

“Durante el segundo semestre es cuando ocurre el destete, lo cual constituye tanto un trauma para el bebé como para la mamá, ya que se produce una ruptura cuando el niño aún no se encuentra maduro; al disminuir el número de alimentos, el infante comienza a chuparse el dedo. Entonces las primeras relaciones entre madre e hijo se unen íntimamente por los actos de comer” (Soulé, citado por Ajuriaguerra; 1973: 183).

2.3.2. Alteraciones en la esfera oroalimentaria

Durante la infancia se pueden identificar algunas alteraciones oroalimenticias, de las cuales se distinguen dos tipos: la primera es la anorexia esencial precoz, la cual aparece durante las primeras semanas de vida e incluso el primer día; es observada en niños de poco peso, nerviosos y muy despiertos. Al principio muestran pasividad ante la comida y al pasar los meses, se muestran reacios a comer.

Otro tipo de anorexia es la que se presenta durante el segundo semestre de vida, es más frecuente y aparece durante el quinto y octavo mes; al infante se le suprime la leche paulatinamente y aparecen grandes cambios en su desarrollo. Suele seguir a la de la primera infancia y surge como oposición a la rigidez paterna o simplemente como un elegir caprichosamente su comida (Ajuriaguerra; 1973).

Según el comportamiento que el infante presente ante la comida, Ajuriaguerra (1973) señala dos tipos de anorexia:

- La inerte: se distingue cuando el niño no muestra iniciativa ni coopera, en ocasiones no ingiere o se le escapa por los labios, si ha podido tomar un poco, la vomita.
- De oposición: muestra maneras características ante la comida; llora, se agita, no quiere comer, rechaza el alimento o lo vomita. Utiliza este tipo de recursos para mostrar su inconformidad ante los padres, es decir, que la relación que entabla con ellos es vía oral, por tal motivo, presenta pasividad o rebeldía como única manera de manifestar su personalidad en contra del adulto.

Por otra parte, Kreisler (citado por Ajuriaguerra; 1973: 185) distingue dos tipos de anorexia durante el segundo semestre:

- La simple: al principio se asemeja a una reacción al destete o ante el cambio de alimentación, incluso ante un incidente patológico, el cual origina una interacción entre la madre empeñada a imponerse con una conducta de rechazo, y el menor, en oposición; no es considerada como pérdida del hambre o el apetito.
- La compleja: se caracteriza por la intensidad de los síntomas y por la resistencia que presenta ante los tratamientos habituales, el infante manifiesta que la comida no le interesa.

Los casos de anorexia graves en los niños, con frecuencia son el resultado de un conflicto con la madre, por este motivo, no se observa como un síntoma sin antes considerar todo lo referente a la manera de comer, incluyendo horarios, cantidades, número y ambiente donde se le ofrece la comida (Ajuriaguerra; 1973).

2.4 Perfil de la persona con trastornos de la alimentación

Costin (2003) describe características comunes que favorecen al origen de los trastornos de alimentación en los jóvenes, las cuales menciona como factores predisponentes tanto individuales como familiares.

Uno de estos factores son los problemas de autonomía, ya que una fuerte predisposición a los trastornos de alimentación son las dificultades que muestran algunos sujetos para funcionar de manera independiente de la familia o de otros factores externos. La obligación de estas personas de sentirse adecuadas en todo

momento, les ofrece poco margen de seguridad para desarrollar un pensamiento personal (Costin; 2003).

Cuando la seguridad de una persona se encuentra establecida en el exterior, es inevitable que mantenga una sensación de ineficacia personal, ya que existe una imposibilidad de resolver conflictos apeándose a sus propios recursos personales y termina dudando de sí misma.

Esta incapacidad de encarar situaciones hace que una persona vulnerable convierta su cuerpo en el simbolismo y la fuente de autonomía, control e identidad personal, por lo cual percibe de manera inadecuada la delgadez, llevándola a realizar dietas que toma como indicador de autocontrol (Costin; 2003).

Otro factor es el déficit en la autoestima, en este sentido, todos los individuos desarrollan una imagen sobre sí mismos y fabrican un concepto sobre quiénes son, lo cual lo lleva a aceptar y mantener una autoestima en distintos niveles; esto es comparado con el "ideal" y si estos preceptos se encuentran alejados, su autoestima tiende a disminuir. En algunas situaciones, estas personas concentran el peso como el área de triunfo y aceptación de la sociedad (Costin; 2003).

El camino a la perfección y el autocontrol es sumamente común entre los jóvenes que sufren de trastornos alimenticios, la sensación de ineficacia personal los hace exigentes consigo mismos. Esta búsqueda de la perfección se desplaza al peso

corporal y a su vez, refuerza la sensación de inseguridad que percibe el sujeto, ya que no le permite fallar.

Por último, Costin (2003) menciona como factor predisponente de los trastornos alimenticios el miedo a madurar. Por lo general, estas perturbaciones inician dentro de la pubertad, pasan por la adolescencia hasta llegar a la juventud, lo cual conlleva una serie de cambios tanto físicos como emocionales, que hacen que los jóvenes se sientan poco hábiles para sobrellevarlos, además de una intolerancia para aceptar un cuerpo que manda el mensaje de que se ha dejado la infancia.

2.5 Causas del trastorno alimenticio

Existen diferentes factores que inciden para que se origine un trastorno alimenticio, lo cual hace que ninguno de ellos sea suficiente para la aparición del trastorno; es decir, que se necesita una combinación de distintos factores que provocan que una persona sea vulnerable para desarrollarlo (Costin; 2003).

Uno de estos factores son los predisponentes, que se refieren a los elementos dentro del contexto sociocultural, como también las características individuales que preparan o anticipan a los sujetos para que se presenten los trastornos.

Los precipitantes surgen cuando un evento estresante en una etapa determinada del ciclo vital de una persona, favorece el desarrollo del trastorno, como un contexto donde se establecen dietas o actitudes rígidas respecto al peso y figura.

El paciente pasa finalmente a una etapa de perpetuación, que se encuentra relacionada con los efectos fisiológicos y emocionales del trastorno del comer (Costin; 2003).

2.5.1 Factores predisponentes individuales

La elección de la comida no solamente tiene una función de constitución psicofisiológica, sino que además se encuentra dentro de una red de significados sociales, lo cual hace que los alimentos también representen aspectos de la identidad de cada sujeto en términos de género y sexualidad, así como las formas fundamentales para la interacción social y la comunicación de amor y de poder Odgen (2005).

- La comida como afirmación del yo, facilita información sobre la identidad personal, además de actuar como una comunicación de necesidades internas, conflictos y el sentido del yo. Por lo tanto, los significados de la comida están íntimamente ligados a la identidad del género.
- Comida y sexualidad: algunos alimentos están relacionados con la sexualidad, ya que destacan una semejanza biológica entre las dos actividades porque se trata de dos funciones que impulsan a la supervivencia y perpetúan la vida, además de ser percibidas como placenteras.

- Comer frente a la negación: se presenta como un foro de conflictos interpersonales, principalmente en la mujer, en quien la planificación y la preparación de la comida ocupan una parte importante dentro de sus jornadas diarias; también es consciente de que debe permanecer delgada y deseable, lo cual genera los conflictos.
- Culpabilidad frente a placer: algunos alimentos son asociados con la culpabilidad después de ser consumidos, como el chocolate o los pasteles; en este sentido, aparecen sentimientos de vergüenza y una sensación de desesperación en algunas personas.
- La comida como interacción social: el alimento es tomado como instrumento de comunicación, principalmente en las familias, frecuentemente el comedor es el lugar donde se concentran y comunican las vivencias cotidianas.
- La comida como amor: los alimentos que son sanos, se consideran como signos de amor familiar, de la determinación de agradar y satisfacer a sus integrantes.

2.5.2. Factores predisponentes familiares

Existen ciertas características de la organización dentro de una familia que contribuyen al surgimiento de los desordenes alimentarios. Según Rausch (1996), cuando un miembro de la familia desarrolla uno de estos trastornos, inevitablemente los demás integrantes se encuentran involucrados, aunque no sean la causa.

Uno de los aspectos que afectan dentro de la organización de la familia es la rigidez de sus reglas, es frecuente que durante algún tiempo, tales reglas hayan contribuido al desarrollo de los integrantes, pero al no actualizarse, terminen por inhibir el crecimiento y desarrollo de estos.

Por otra parte, las fronteras problemáticas que surgen en las familias, son el resultado de una serie de reglas difusas que no determinan en cada momento que integrante debe o no participar dentro de una interacción. Cuando estas reglas se encuentran demasiado rígidas, los miembros carecen de la flexibilidad necesaria para aceptar los cambios que se generen (Rausch; 1996).

Dentro de algunas familias, se alteran las jerarquías, quedando los hijos a cargo de distintas funciones, las cuales deberían ser asumidas por los adultos; esto genera a una predisposición a desarrollar trastornos alimenticios, ya que los hijos son los responsables de marcar los horarios de las comidas (Rausch; 1996).

2.5.3. Factores socioculturales

El contexto sociocultural mantiene un gran impacto en el desarrollo, de los trastornos alimenticios ya que principalmente se premia a la delgadez y se mantienen prejuicios en relación con la gordura.

Es necesario mencionar que no todas las clases sociales se ven afectadas, dicho problema es propio de las clases media y alta. Las personas que sufren de

estos trastornos, llegan a tal grado de obsesión por la comida que disponen poco tiempo para estar bien, además de no contar con los recursos emocionales para permanecer estables y así tener un desempeño adecuado dentro de sus actividades laborales, escolares y sociales (Costin; 2003).

La sociedad marca claramente que el papel fundamental de la mujer es ser atractiva físicamente, lo cual le exige dedicar grandes esfuerzos para lograrlo, además de que el atractivo físico se encuentra relacionado a que mantenga una apariencia juvenil, esto sugiere que para ser una mujer exitosa no solamente es indispensable desarrollar un cuerpo femenino, sino que no está permitido crecer, madurar y envejecer naturalmente al ritmo que los ciclos vitales lo requieren (Rausch; 1996).

2.6. Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio

Una de las características que presentan los pacientes con trastornos de la alimentación es la presencia de trastornos de la imagen corporal, los sujetos manifiestan una insatisfacción con su propio cuerpo y con ellos mismos lo cual se asocia a la baja autoestima (Jarne y Talarn; 2000).

La imagen corporal se conceptualiza como la “representación diagramática del propio cuerpo en la consciencia” (Jarne y Talarn; 2000: 144). Esta definición de complementa con los aspectos emocionales que hacen referencia a los sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo, formando los dos aspectos que se toman en

cuenta en la imagen corporal: el cognitivo, que se refiere a la percepción del cuerpo, y el emocional, que se une al sentimiento que este le provoca.

El trastorno que se presenta en estos pacientes, se observa desde estos dos aspectos, siendo la primera perceptual la que refiere a la no exactitud con la que el paciente observa sus dimensiones corporales, mientras que la segunda implica los componentes emocionales distorsionados que presentan y su actitud al grado de insatisfacción que les ofrece su cuerpo (Jarne y Talarn; 2000).

2.7. Factores que mantienen los trastornos alimenticios

Se ha demostrado que a partir de poseer la información adecuada acerca de las complicaciones físicas y emocionales que se asocian con una alimentación inadecuada, se fomenta al paciente para la modificación de estas conductas.

Una de las actividades que perpetúa los trastornos alimenticios, es el empleo de las dietas; el cuerpo que se encuentra poco alimentado, causa un malestar anímico y emocional, por lo tanto, es indispensable como primer paso, la recuperación física, el paciente debe alimentarse de manera adecuada para recuperar la estabilidad orgánica y así, sentirse mejor emocionalmente (Costin; 2003).

Es necesario mantener claro que cuando la ingesta o la dieta de un individuo es menor a la necesaria para el adecuado funcionamiento general de su organismo,

automáticamente y como una manera de adaptación, el cuerpo quema menos calorías por medio de la disminución del metabolismo basal, el cual tiene como función ocuparse de estas funciones mientras el sujeto se encuentra descansando, lo que genera la perpetuación del trastorno alimenticio.

Otras de las áreas que se observan afectadas en estos pacientes, es la disminución de sus interacciones sociales, ya que los sujetos que son extrovertidos y sociales progresivamente, caen dentro de un estado de aislamiento y ensimismamiento. Parcialmente, se niegan a participar en actividades grupales, además de presentar una sensación de incomodidad en sus interacciones. Manifiestan una disminución marcada en sus intereses amorosos y sexuales, lo cual se observa con regularidad en los pacientes con anorexia nerviosa (Jarne y Talam; 2000).

2.8 Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios

Los trastornos de la conducta alimentaria suelen estar asociados con algunos otros problemas psiquiátricos, lo cual se le conoce como comorbilidad, esta condición se define como la relación o asociación entre distintos trastornos.

Los pacientes con anorexia nerviosa suelen cumplir con los criterios de la depresión clínica (Kaye, Weltzin, y Hsu, citados por Butcher y cols.; 2007: 306), además de cumplir los criterios del trastorno obsesivo-compulsivo.

También suelen aparecer trastornos por abuso de sustancias, junto a la bulimia nerviosa o el subtipo compulsivo-purgativo de la anorexia nerviosa. Es frecuente que se diagnostiquen trastornos de personalidad comórbida a las personas con trastornos de conducta alimentaria (Butcher y cols.; 2007). Enseguida se indican algunas de las comorbilidades más comunes.

1) Trastornos de la alimentación en la esquizofrenia.

La presencia de las alteraciones alimentarias en las psicosis esquizofrénicas se observan en la negativa del paciente a ingerir algunos o todo tipo de alimentos que se le ofrecen, debido a la ideación delirante de que será envenenado (Jarne y Talarn; 2000).

2) Trastornos de la alimentación en las depresiones.

En la mayoría de los casos se observa una disminución de la ingesta, aunque en ocasiones se evidencia una ingesta excesiva; dentro de las depresiones menores, el trastorno alimentario se relaciona temporalmente con el nivel de tristeza y corresponde con la fase aguda del trastorno (Jarne y Talarn; 2000).

3) Trastornos de la alimentación en la manía.

Durante la fase aguda de la manía, los pacientes pueden pasar largos periodos de tiempo sin tener la necesidad de alimentarse o por el contrario, piden

una gran cantidad de alimentos, aunque su ingesta sea normal: comen poco de cada plato, como sucede con sus actividades, lo cual genera una ingesta desordenada (Jarne y Talarn; 2000).

4) Trastornos de la alimentación en las fobias.

El sujeto, a partir de una experiencia estresante, desarrolla un cuadro fóbico en el que aparecen conductas de evitación y de ansiedad anticipatoria, se presentan fobias a tragar por miedo a asfixiarse o incapacidad de deglutir líquidos o sólidos (Jarne y Talarn; 2000).

5) Trastornos de la alimentación en la ansiedad.

Dentro del trastorno ansioso de presentación aguda, suele existir una pérdida del apetito moderada, mientras que en los de curso crónico, la pérdida del apetito es sostenida y pueden observarse repercusiones estimables (Jarne y Talarn; 2000).

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

Se observa en pacientes en su forma de alimentación, particularmente lenta, en la que se escogen los alimentos de manera meticulosa, además de añadir duda y compulsividad, presentan ideas de contaminación y suciedad que modifican los hábitos alimenticios (Jarne y Talarn; 2000).

2.9 Tratamiento de los trastornos alimenticios

Los programas de tratamiento para los trastornos alimenticios mantienen como objetivo fundamental la recuperación ponderal, ya que la reparación y normalización de la dieta y los hábitos alimenticios son el primer paso dentro del tratamiento terapéutico (Jarne y Talarn; 2000).

La recuperación ponderal se refiere a la normalización dietética, corrigiendo las repercusiones físicas y psicológicas que la malnutrición originó.

El tratamiento farmacológico es utilizado como coadyuvante a las técnicas psicológicas, además de utilizarse como tratamiento ante las psicopatologías asociadas, como la depresión.

Dentro del tratamiento psicológico se utiliza la psicoterapia de refuerzo, técnicas de relajación y sesiones psicoeducativas que evitarán en el paciente percibir el tratamiento como excesivamente coercitivo, con el fin de ganar peso (Jarne y Talarn; 2000).

En estos trastornos, el tratamiento psicológico se mantiene como la piedra angular del programa de recuperación, mientras que la terapia cognitivo conductual se maneja como la más efectiva en el tratamiento de la anorexia nerviosa. Por otra parte, en la bulimia nerviosa se manejan los siguientes objetivos:

- Restablecer unas pautas nutricionales normales.
- Recuperación física.
- Normalización del estado mental.
- Restablecer unas relaciones familiares adecuadas.
- Corregir las pautas de interacción social alteradas.

Por último, en el tratamiento del trastorno es necesario el proceso terapéutico de la terapia familiar, tanto en el ámbito ambulatorio como dentro de un régimen de hospitalización (Jarne y Talarn; 2000).

Para finalizar, es conveniente mencionar que los trastornos alimenticios son un problema que se ha presentado desde la antigüedad, sin embargo, en épocas anteriores mantenían una connotación distinta a la que se presenta en la actualidad, ya que los estándares de belleza marcan los lineamientos para ser merecedor de ingresar en un grupo socialmente aceptado.

La persecución de tal logro físico está formando individuos con pensamientos inadecuados, seguidos de conductas alimentarias igualmente incorrectas, que llevan al sujeto a tener como pilar de su autoestima esa imagen que desean lograr.

Por tanto, la autoestima, como varios autores lo han afirmado, mantiene una estrecha relación con el tema de los trastornos alimentarios, ya que el logro o fracaso

frente a tales objetivos, distorsionan la realidad del sujeto, por su objetivo principal que es ser aceptado socialmente.

De esta manera concluyen los aspectos concernientes a los trastornos alimentarios y, con ello, el marco teórico. En las páginas restantes se mostrarán los pormenores metodológicos que posibilitaron el cumplimiento del objetivo general.

CAPÍTULO 3

METODOLOGIA, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

En el presente capítulo se menciona el proceso por el cual se realizó el presente estudio, lo cual incluye el plan metodológico, la población y muestra, las condiciones bajo las cuales se recolectaron los datos y los resultados a los que se llegaron a través del procesamiento de dicha información.

3.1 Descripción metodológica

En este apartado se define el enfoque bajo el cual fue elaborado el estudio, así como cuáles son las características que lo identifican, se definirá el tipo de relación indagada entre las variables que conforman el estudio, además, se expondrán los instrumentos de medición que fueron utilizados en el mismo.

3.1.1. Enfoque cuantitativo

Existen principalmente dos enfoques: cuantitativo y cualitativo, los cuales son distintos, sin embargo comparten, algunas de sus características. Ambas orientaciones metodológicas utilizan procesos cuidadosos, metódicos y empíricos dentro de su objetivo de generar conocimientos, además de que en términos generales, utilizan cinco fases que las relacionan entre sí (Grinnell, citado por Hernández y cols.; 2010: 4).

- Se lleva a cabo observación y evaluación de fenómenos.
- Se establecen suposiciones o ideas como consecuencia de la observación.
- Se demuestra el grado en que las suposiciones tienen fundamento.
- Revisan estas suposiciones sobre la base de las pruebas.
- Proponen observaciones y evaluaciones para esclarecer, modificar y fundamentar las ideas expuestas e incluso, generar nuevas.

Dentro del enfoque cuantitativo se muestra una serie de procesos secuenciales y probatorios, cada una de estas etapas de la investigación precede a la siguiente, por lo tanto no pueden ser eludidas.

Tal orden, por tanto, es riguroso, en el cual el investigador parte de una idea que es delimitada, se elaboran objetivos y preguntas de investigación en relación con la idea central, después se elabora una búsqueda de la literatura sobre el tema y se construye una perspectiva teórica. Se establecen hipótesis las cuales son probadas bajo un plan de medición utilizando métodos estadísticos y se concluye elaborando una serie de conclusiones respecto a las hipótesis presentadas por el investigador (Hernández y cols.; 2010).

Por lo tanto, el enfoque cuantitativo se define como aquel que emplea la “recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías” (Hernández y cols.; 2010: 4).

El enfoque cuantitativo presenta una serie de características que lo representan, las cuales serán expuestas a continuación:

- El investigador plantea un problema de estudio delimitado y concreto, construye un marco teórico del cual se derivan una o varias hipótesis que serán sometidas a prueba mediante el empleo de diseños de investigación apropiados.
- La recolección de los datos se fundamenta en la medición, utilizando procedimientos estandarizados y aceptados por una comunidad científica.
- La investigación debe ser objetiva, mientras que los fenómenos que se observan o se miden no deben ser afectados por el investigador, quien debe evitar que sus temores, creencias, deseos y tendencias influyan en los resultados del estudio.
- Los estudios cuantitativos intentan explicar y predecir los fenómenos que fueron investigados, buscando relaciones causales entre los elementos al tener como meta principal, la construcción y demostración de teorías.

3.1.2 Investigación no experimental

Esta investigación se considera no experimental porque se realizó sin la manipulación intencionada de las variables por el investigador. No se modifican las variables independientes para que sean observados sus efectos sobre otras variables. Lo que el investigador realiza en estos estudios es observar los fenómenos

tal como se manifiestan en su contexto natural para ser analizados posteriormente. (Hernández y cols.; 2010).

Hernández y cols. (2010) definen la investigación no experimental como los estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables, en ellos solamente se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos.

Por tanto, el investigador no genera situaciones, sino que observa las ya existentes, las variables independientes se presentan naturalmente, por lo cual no es posible que sean manipuladas, no se tiene control ni puede influir sobre ellas quien realiza el estudio, debido a que estas ya sucedieron, así como sus efectos.

3.1.3. Diseño transversal

Los diseños de investigación transeccional o transversal recolectan datos dentro de un momento o un tiempo único, su propósito se encuentra en describir variables y analizar su presencia e interrelación en un momento determinado (Hernández y cols.; 2010).

Este tipo de recolección de datos puede abarcar varios grupos o subgrupos de personas, objetos o indicadores como también distintas comunidades. Sin embargo, esta recolección de datos ocurre en un momento único.

Esta investigación fue considerada transversal, ya que se recolectaron datos dentro de un momento y contexto específico, en el que se describirá si existe o no relación entre las variables.

3.1.4. Alcance correlacional

La investigación correlacional se define como la asociación de variables mediante un patrón predecible para un grupo o población.

Este tipo de estudios presentan como objetivo, conocer la relación o grado de asociación que existe entre dos o más conceptos, variables o categorías dentro de un contexto en particular. Al evaluar el grado de asociación entre variables, se mide cada una de ellas y después el investigador cuantifica y analiza tal vinculación la cual se sustenta con hipótesis que son sometidas a prueba (Hernández y cols.; 2010).

Este estudio mantiene un alcance correlacional, ya que se buscó identificar el grado de relación que existe entre el nivel de autoestima y los indicadores de los trastornos alimentarios, dentro de una muestra en específico.

3.1.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Las técnicas para la recolección de datos son estrategias concretas para reunir información específica en una población a estudiar. Tales recursos surgen del planteamiento metodológico de la investigación, marcando un procedimiento

particular que debe ser seguido en la interacción con los integrantes que serán estudiados.

Un tipo de técnicas son las cuantitativas, las cuales son aquellas que utilizan mediciones numéricas para representar los fenómenos de estudio. Por otra parte, los tests psicométricos son herramientas estandarizadas que en función de investigaciones estadísticas, garantizan confiabilidad y validez dentro de una medición.

Estas pruebas estandarizadas mantienen un procedimiento propio de aplicación, codificación e interpretación. Sin embargo, se debe mantener claro que en la aplicación se seleccionen pruebas que se encuentran desarrolladas o adaptadas para un contexto similar al que se va a estudiar, con el objetivo de que el instrumento sea válido y confiable.

La validez de una prueba garantiza que mide propiamente lo que se pretende medir y no un fenómeno distinto, mientras que la confiabilidad garantiza al investigador que mide un fenómeno estable a través del tiempo y no solamente un factor que pertenezca a un momento determinado.

Dentro del presente estudio se utilizaron básicamente dos instrumentos de recolección de datos, las cuales se describirán a continuación.

El TAE-ALUMNO es una prueba que evalúa la autoestima de los alumnos de educación básica, vía autopercepción. Es un test que permite conocer el nivel de

autoestima general de niños de 8 a 13 años de edad en relación con una norma estadística que se establece por curso y por edad determinando, si ese rendimiento es normal o se encuentra bajo respecto a lo esperado (Thomas; 2011).

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

El test está conformado por 23 afirmaciones, en las cuales el niño debe contestar SÍ o NO. Estos reactivos pertenecen a las seis subescalas del test original (conducta, status intelectual, apariencia física y atributos, ansiedad, popularidad, felicidad y satisfacción) (Thomas; 2011).

El tiempo de administración del instrumento varia, ya que depende según la edad del niño, como también de su dominio lector, aproximándose entre los 15 y 25 minutos. Este test permite ubicar el nivel de autoestima del niño en categorías que guardan relación con los puntajes T: normalidad, baja autoestima y muy baja autoestima.

En relación a sus cualidades psicométricas, el TAE tiene un nivel de confiabilidad de 0.95 obtenido mediante el análisis de consistencia interna a través del alfa de Cronbach (Thomas; 2011).

Por otra parte, para esta investigación se utilizó también la prueba Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) elaborada por David M. Garner en 1998.

Este test está estandarizado para personas con una edad de 11 años en adelante, para su proceso de estandarización, se realizaron varios procesos en distintos grupos, tanto en individuos con bulimia y anorexia nerviosa como en personas que no padecen tales trastornos.

En esta investigación se utilizó el baremo obtenido en la aplicación a hombres y mujeres adolescentes sin trastornos de la conducta alimentaria. Esta prueba cuenta con una confiabilidad de 0.83 en el alfa de Cronbach, así como validez de contenido, concurrente, de criterio y de constructo.

El EDI-2 cuenta con once escalas, las cuales son: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social.

3.2 Población y muestra

En este subcapítulo se describen las características de los sujetos de estudio; de igual manera, se expone el proceso realizado en la selección de la muestra.

3.2.1 Delimitación y descripción de la población

Una vez que se ha definido cual será la unidad de análisis, el investigador debe delimitar la población, que será estudiada y sobre la cual se pretende generalizar los estudios, por lo cual la población según Selltiz, es el “conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones” (Hernández y cols.; 2010: 174).

La delimitación de la población no depende únicamente de los objetivos de investigación, sino también de otras condiciones practicas. Un estudio no se presenta como mejor por tener una población más amplia, en vez de ello, la calidad de la investigación se encuentra en la delimitación clara de su población en relación con su planteamiento del problema (Hernández y cols.; 2010).

Por lo anterior, se afirma que estas poblaciones estudiadas deben situarse claramente en relación con sus características de contenido, de lugar y en el tiempo. En el presente estudio, la población se integró por sujetos de 12 a 14 años de edad, que actualmente cursan la educación media en la Escuela Secundaria General “Emiliano Zapata”. Esta población presenta un nivel socioeconómico medio-bajo.

3.2.2. Descripción del proceso de muestreo

Para la elaboración de este estudio se tomó una muestra de 108 alumnos de la población antes mencionada. Por muestra se entiende un subgrupo de la

población a investigar, la cual estuvo conformada por los grupos de primer grado, con 15 hombres y 21 mujeres; segundo grado, con 13 hombres y 23 mujeres, y el tercer grado, con 19 hombres y 17 mujeres.

Para la selección de la muestra, se utilizó el procedimiento de modalidad no probabilística, en la cual la elección mantiene relación con los objetivos de la investigación. Hernández y cols. (2010) definen la muestra no probabilística como un subgrupo de la población en la que la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de las características del estudio.

3.3 Descripción del proceso de investigación

Esta investigación fue realizada mediante un proceso metodológico, en el cual se inició con la selección de variables a investigar, desarrollando una serie de objetivos tanto teóricos como de campo, que se llevarían a cabo al concluir con la misma.

Se realizó una recolección de datos anteriormente obtenidos, que hacían referencia a este estudio, con el objetivo de que el investigador obtuviera la más amplia información.

Posteriormente se elaboraron los capítulos que describen ampliamente el tema de las variables a medir, en los cuales se mencionan de manera específica los

elementos que las conforman, además de hacer mención la relación existente entre ellas.

Una parte fundamental de la investigación fue la selección de la muestra a la que serían aplicados los instrumentos de medición; después de obtener las pruebas, se pasó al análisis estadístico de los resultados, para finalmente realizar una serie de conclusiones, en las cuales se expresa si es aceptada o rechazada la hipótesis de trabajo.

3.4 Análisis e interpretación de resultados

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

3.4.1 El nivel de autoestima de los alumnos de la Escuela Secundaria General “Emiliano Zapata”

La autoestima es definida por Carrión “como el conjunto de creencias (limitantes o desarrolladas) y valores (virtuosos o valiosos) que el sujeto tiene acerca de quién es, de sus capacidades, pasadas, presentes y futuras, que le han conducido hasta donde está y que le llevarán hasta donde crea que puede llegar” (2007: 15)

Por otra parte, Alcántara (1990) menciona tres componentes que conforman la autoestim.: el primero de ellos es el componente cognitivo en el que se encuentran las ideas, opiniones, creencias y la percepción del sujeto, incluyendo al autoconcepto, que se define como la opinión que tiene la persona de su personalidad y su conducta

El segundo de los componentes que conforman la autoestima es un elemento afectivo, en el cual la persona valora lo positivo y negativo de sí mismo, implica un

sentimiento de lo favorable y lo desfavorable, por tal razón, es un juicio de valor que hace la persona sobre sus cualidades personales

El tercer y último elemento es el conductual, es decir, la intención y decisión de actuar, en el cual el sujeto lleva a la práctica un comportamiento consecuente y coherente.

Respecto a los resultados obtenidos a partir de la aplicación de la prueba TAE-ALUMNO, que muestra sus resultados en puntajes T, se expone el nivel de autoestima total de los sujetos estudiados.

La media en el nivel de autoestima general fue de 50, definiendo la media como la suma de un conjunto de datos, dividida entre el número medidas (Elorza; 2007).

De igual manera, se obtuvo la mediana, que se define como el valor medio de un conjunto de valores ordenados: el punto abajo y arriba del cual cae un número igual de medidas (Elorza; 2007). Se obtuvo un valor de 50.

De acuerdo con este mismo autor, la moda se define como la medida que ocurre con más frecuencia en un conjunto de observaciones. En cuanto esta escala, la moda fue de 53.

También se obtuvo el valor de una medida de dispersión, específicamente de la desviación estándar, la cual se define como la raíz cuadrada de la suma de las desviaciones al cuadrado de una población, dividida entre el total de observaciones (Elorza; 2007). El valor obtenido en esta escala es de 12.

A partir de los resultados estadísticos obtenidos mediante la aplicación del instrumento, se puede interpretar que la mayor parte de la muestra investigada se encuentra en un nivel medio de autoestima, es decir, dentro de lo esperado o normal en relación con los indicadores de la prueba.

Con el fin de mostrar un análisis más detallado, a continuación se presenta el porcentaje de sujetos que obtuvieron puntajes por debajo de T 40: la muestra se encontraba conformada por 108 sujetos de los cuales 26 obtuvieron el nivel señalado, lo que significa el subgrupo de sujetos con puntajes preocupantes, es decir, con un nivel de autoestima bajo, representa el 24% de la población total.

3.4.2. Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios

De acuerdo con lo señalado por la APA (2002), los trastornos alimenticios se caracterizan esencialmente por las alteraciones graves de la conducta alimentaria que el sujeto presenta.

Dos de los principales trastornos son: la anorexia nerviosa, que consiste en el rechazo que la persona mantiene en sostener un peso corporal en los valores

mínimos normales; mientras que el segundo, la bulimia nerviosa, se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad, seguidos de conductas compensatorias como el vómito provocado, uso excesivo de laxantes, diuréticos, el ayuno o el ejercicio.

Una de las características principales de estos trastornos es la alteración o distorsión de la percepción de la forma y el peso corporal que el paciente mantiene de sí mismo.

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 59, una mediana de 58, una moda de 44 y una desviación estándar de 23.
- 2) En la escala de bulimia se obtuvo una media de 57, una mediana de 47, una moda de 27 y una desviación estándar de 18.
- 3) Asimismo, en la escala de insatisfacción corporal se obtuvo una media de 52, una mediana de 53, una moda de 14 y una desviación estándar de 23.
- 4) Dentro de la escala de ineficacia se identificó una media de 56, una mediana de 55, una moda de 44 y una desviación estándar de 26.
- 5) En la escala de perfeccionismo se cuantificó una media de 63, una mediana de 68, una moda de 91 y una desviación estándar de 27.

- 6) En la escala relativa a la desconfianza interpersonal, se obtuvo una media de 71, una mediana de 75, una moda de 57 y una desviación estándar de 22.
- 7) Dentro de la escala de conciencia introceptiva, se estableció una media de 56, una mediana de 51, una moda de 51 y una desviación estándar de 27.
- 8) En la escala de miedo a la madurez se obtuvo una media de 71, una mediana de 72, una moda de 65 y una desviación estándar de 23.
- 9) En la escala de ascetismo se identificó una media de 49, una mediana de 48, una moda de 48 y una desviación estándar de 28.
- 10) En la escala de impulsividad se determinó una media de 62, una mediana de 60, una moda de 60 y una desviación estándar de 24.
- 11) Por último, dentro de la escala de inseguridad social se obtuvo una media de 67, una mediana de 67, una moda de 57 y una desviación estándar de 24.

En el anexo 1 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 desviación estándar, a continuación se presentan los porcentajes de los sujetos que obtuvieron puntajes altos en cada escala, esto es, por arriba del percentil 70. Así, se ubicaran las escalas en las que hay mayor incidencia de casos preocupantes sobre el problema de trastornos alimentarios.

En la escala de obsesión por la delgadez, el 35% de sujetos se encuentra por arriba del percentil 70; en la escala de bulimia, el porcentaje fue de 24%; en la de insatisfacción corporal, el 24%; en la de ineficacia, el 33%, en la de perfeccionismo, el 44%; en la que respecta a la desconfianza interpersonal, 57%; en la de conciencia introceptiva, 36%; respecto a la de miedo a la madurez, 58%; en la de ascetismo, el 26%; en la de impulsividad, 38% y finalmente, en la escala de inseguridad social, el 41%. Estos datos se pueden observar gráficamente en el anexo 2.

En función de los datos anteriores, se puede afirmar que los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en esta muestra, se encuentran dentro de lo esperado o normal frente a los indicadores de la prueba aplicada, ya que las medidas observadas se encuentran dentro de los rangos normales que establece la misma. Además de observar una desviación estándar recurrente entre las escalas que la forman.

Sin embargo, es necesario mencionar los altos puntajes preocupantes que se identificaron en algunas de sus escalas, entre ellas se encuentra la de perfeccionismo, la de desconfianza interpersonal y la de miedo a la madurez, en las cuales existe un alto porcentaje de sujetos con puntajes altos dentro de la muestra estudiada.

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

Como se ha mencionado anteriormente, diversos autores han afirmado la relación que existe entre los trastornos alimentarios y la autoestima, esto se origina como consecuencia a la necesidad que muestran principalmente los adolescentes por ingresar y permanecer dentro de un grupo social.

En la actualidad, tal necesidad se encuentra con una mayor incidencia, de acuerdo con los estándares que muestran los medios de comunicación, entre otras fuentes de socialización que mantienen un margen limitado de estética corporal ideal, lo cual contribuye a los bajos niveles de autoestima si no es posible lograr tal objetivo.

Dentro de la investigación realizada en la Escuela Secundaria General “Emiliano Zapata”, se encontraron los siguientes resultados:

Entre el nivel de autoestima y la escala obsesión por la delgadez existe un coeficiente de correlación de -0.39 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson.

Esto significa que entre la autoestima y la escala referida, existe una correlación negativa media, de acuerdo con la clasificación de correlación que plantean Hernández y cols. (2010).

Para conocer la influencia que existe entre las variables señaladas, se obtuvo la varianza de factores comunes (r^2), en la cual, mediante un porcentaje, se 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 0.15, lo que significa que entre la autoestima y la obsesión por la delgadez hay una relación del 15%.

Por otra parte, entre el nivel de autoestima y la escala de bulimia existe un coeficiente de correlación de -0.39 obtenido con la prueba “r” de Pearson, esto denota que entre las variables en cuestión existe una correlación negativa media. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.15, lo que significa que entre la autoestima y la escala de bulimia hay una relación del 15%.

Entre el nivel de autoestima y la escala de insatisfacción corporal existe un coeficiente de correlación de -0.40 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, lo que permite afirmar que entre estos atributos existe una correlación negativa media. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.16, lo que significa que entre la autoestima y la escala de insatisfacción corporal hay una relación del 16%.

Entre el nivel de autoestima y la escala de ineficacia existe un coeficiente de correlación de -0.52, a partir de la prueba “r” de Pearson, esto implica que entre tales características existe una correlación negativa fuerte. El resultado de la

varianza de factores comunes fue de 0.27, lo que significa que entre la autoestima y la escala de bulimia hay una relación del 27%.

Por otra parte, entre el nivel de autoestima y la escala de perfeccionismo existe un coeficiente de correlación de -0.12, según la prueba “r” de Pearson, esto significa que entre la autoestima y el perfeccionismo existe una correlación negativa débil. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.01, lo que significa que entre la autoestima y la escala de perfeccionismo hay una relación del 1%.

Entre el nivel de autoestima y la escala de desconfianza interpersonal existe un coeficiente de correlación de -0.24 obtenido mediante la prueba “r” de Pearson, esto permite señalar que entre la autoestima y la escala indicada existe una correlación negativa débil. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.06, lo que significa que entre la autoestima y la escala de desconfianza interpersonal hay una relación del 6%.

Entre el nivel de autoestima y la escala de conciencia introceptiva se cuantificó un coeficiente de correlación de -0.47 con base en la prueba “r” de Pearson, esto significa que entre estas variables existe una correlación negativa media. La varianza de factores comunes tuvo un índice de 0.23, lo que significa que entre la autoestima y la escala de conciencia introceptiva hay una relación del 23%.

Por otra parte, entre el nivel de autoestima y la escala de miedo a la madurez existe un coeficiente de correlación de -0.19, a partir de la prueba “r” de Pearson, lo

que conduce a expresar que entre la autoestima y la escala referida existe una correlación negativa débil. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.04, esto implica que entre la autoestima y la escala de miedo a la madurez hay una relación del 4%.

Entre el nivel de autoestima y la escala de ascetismo existe un coeficiente de correlación de -0.34, según la prueba “r” de Pearson, esto alude a que entre la autoestima dicha escala existe una correlación negativa media. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.11, lo que significa que entre la autoestima y la escala de bulimia hay una relación del 11%.

Entre el nivel de autoestima y la escala de impulsividad existe un coeficiente de correlación de -0.39, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, con base en ello, se asevera que entre dichos atributos existe una correlación negativa media. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.15, lo que implica que entre la autoestima y la escala de impulsividad hay una relación del 15%.

Por último, entre el nivel de autoestima y la escala de inseguridad social se estableció un coeficiente de correlación de -0.45, con ayuda de la prueba “r” de Pearson, esto permite afirmar entre la autoestima y la escala aludida, existe una correlación negativa media. El resultado cuantificado con la varianza de factores comunes fue de 0.20, lo que significa que entre la autoestima y la escala de inseguridad social hay una relación del 20%.

Los resultados obtenidos en cuanto a los niveles de correlación entre escalas, se muestran en el anexo 3.

En función de lo anterior, se puede afirmar que el nivel de autoestima se relaciona de forma significativa con las escalas de obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, conciencia introceptiva, ascetismo, impulsividad e inseguridad social.

En contraparte, no se encontró una relación significativa entre el nivel de autoestima y las escalas de perfeccionismo, desconfianza interpersonal y miedo a la madurez.

En función de los resultados presentados, se confirma la hipótesis de trabajo, la cual afirma que el nivel de autoestima se relaciona significativamente con los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios de los alumnos de la Escuela Secundaria General “Emiliano Zapata”, para las escalas de obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, conciencia introceptiva, ascetismo, impulsividad e inseguridad social.

Asimismo, se confirma la hipótesis nula para las escalas de perfeccionismo, desconfianza interpersonal y miedo a la madurez.

CONCLUSIONES

La presente investigación tuvo como objetivo identificar si existe una relación significativa entre el nivel de autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios, en la cual se trabajó con una muestra de sujetos que estudian el nivel educativo medio. Se inició con la elaboración de hipótesis que serían aceptadas o rechazadas al final del estudio.

También se llevó a cabo la consecución de los diversos objetivos particulares; dentro del capítulo 1 se definió la variable referente al tema de la autoestima, además de identificar los factores que influyen en su desarrollo en cada individuo, así como los pilares que fundamentan un alto o bajo nivel de la misma.

Por otra parte, se recolectó información sobre los principales trastornos alimenticios que afectan a la sociedad actual, identificando los posibles indicadores de origen y desarrollo de los mismos, lo cual se encuentra expuesto dentro del capítulo 2.

Como parte fundamental de la investigación, se utilizaron instrumentos de medición para obtener los niveles tanto de autoestima como de indicadores de trastornos alimentarios en los que se encontraban los sujetos, lo cual se encuentra dentro del capítulo 3.

Los resultados obtenidos, como ya se mencionó anteriormente, buscaban la corroboración de alguna de sus hipótesis, respecto a ello, al analizar tal recolección, se acepta la hipótesis de trabajo mencionada a continuación: el nivel de autoestima se relaciona significativamente con los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios de los alumnos de la Escuela Secundaria General “Emiliano Zapata”.

Dicho de otra manera, se concluye que existe una relación significativa entre el nivel de autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios dentro de la muestra estudiada, en las escalas de obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, conciencia introceptiva, ascetismo, impulsividad e inseguridad social.

Por último, es necesario mencionar que dentro del análisis de resultados, se identificó una mayor incidencia de indicadores de trastornos alimenticios entre los varones en relación con el número de mujeres, lo cual se asume como contradictorio, tomando como base que socialmente y a lo largo de la historia, el género femenino es asociado al cuidado de la salud y figura física.

BIBLIOGRAFÍA

Ajuriaguerra, J. (1973)
Manual de psiquiatría infantil.
Editorial Masson. Barcelona.

Alcántara, José Antonio. (1990)
Cómo educar la autoestima.
Ediciones CEAC. Barcelona, España.

American Psychiatric Association (APA). (2002)
DSM IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
Editorial Masson. Barcelona.

Belloch, Amparo; Sandín, Bonifacio; Ramos, Francisco. (1995)
Manual de psicopatología.
Editorial McGraw-Hill. España.

Branden, Nathaniel. (2008)
La psicología de la autoestima.
Editorial Paidós Mexicana. México, D.F.

Branden, Nathaniel. (2010)
La autoestima de la mujer.
Editorial Paidós Mexicana. México, D.F.

Branden, Nathaniel (2011).
Los seis pilares de la autoestima.
Editorial Paidós Mexicana. México, D.F.

Butcher, James; Mineka, Susan; Hooley, Jill. (2007)
Psicología clínica.
Editorial PEARSON. España.

Carrión López, Salvador. (2007)
Autoestima y desarrollo personal con PNL.
Ediciones Obelisco. Barcelona, España.

Castillo S., María Dolores; León E., María Teresa. (2005)
Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia y bulimia nerviosa.
Editorial Formación Alcalá, S.L. España.

Clark, Amina; Clemes, Harris; Bean, Reynold. (2000)
Cómo desarrollar la autoestima en los adolescentes.
Editorial Debate. Madrid, España.

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

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

Elorza Pérez-Tejada, Aroldo. (2007)
Estadística para las ciencias sociales, del comportamiento y la salud.
Editorial Cengage Learning. México.

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

González-Arriata López Fuentes, Norma Ivonne. (2001)
Autoestima, medición y estrategias de intervención a través de una experiencia en la reconstrucción del ser.
Universidad Autónoma del estado de México. Toluca, 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.

Montoya, Miguel Ángel; Sol, Carmen Elena. (2001)
Estrategias para vivir mejor con técnicas de PNL y desarrollo humano.
Editorial Pax. México.

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

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

Rodríguez García, Mehida Maheli. (2011)
Relación entre el nivel de estrés y los trastornos alimenticios en alumnos del Cetis No.27 de Uruapan, Michoacán.
Tesis inédita de la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C. Uruapan, Michoacán, México.

Rausch Herscovici, Cecile. (1996)
La esclavitud de las dietas.
Editorial Paidós. Argentina.

MESOGRAFÍA

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

“INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH”

Universidad de Concepción, Chile.

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

Hernández García, Mariamparo A. (2006)

“Las influencias familiar y social en la anorexia y la bulimia, el caso de Saltillo, México”

Epistemé. No. 8-9. Año 2, Octubre-Diciembre 2006.

[http://www.uvmnet.edu/investigacion/episteme/numero8y9-](http://www.uvmnet.edu/investigacion/episteme/numero8y9-06/reportes/a_anorexia.asp)

[06/reportes/a_anorexia.asp](http://www.uvmnet.edu/investigacion/episteme/numero8y9-06/reportes/a_anorexia.asp)

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

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

Instituto Mexicano del Seguro Social.

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

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

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

Universidad Veracruzana, México.

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

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

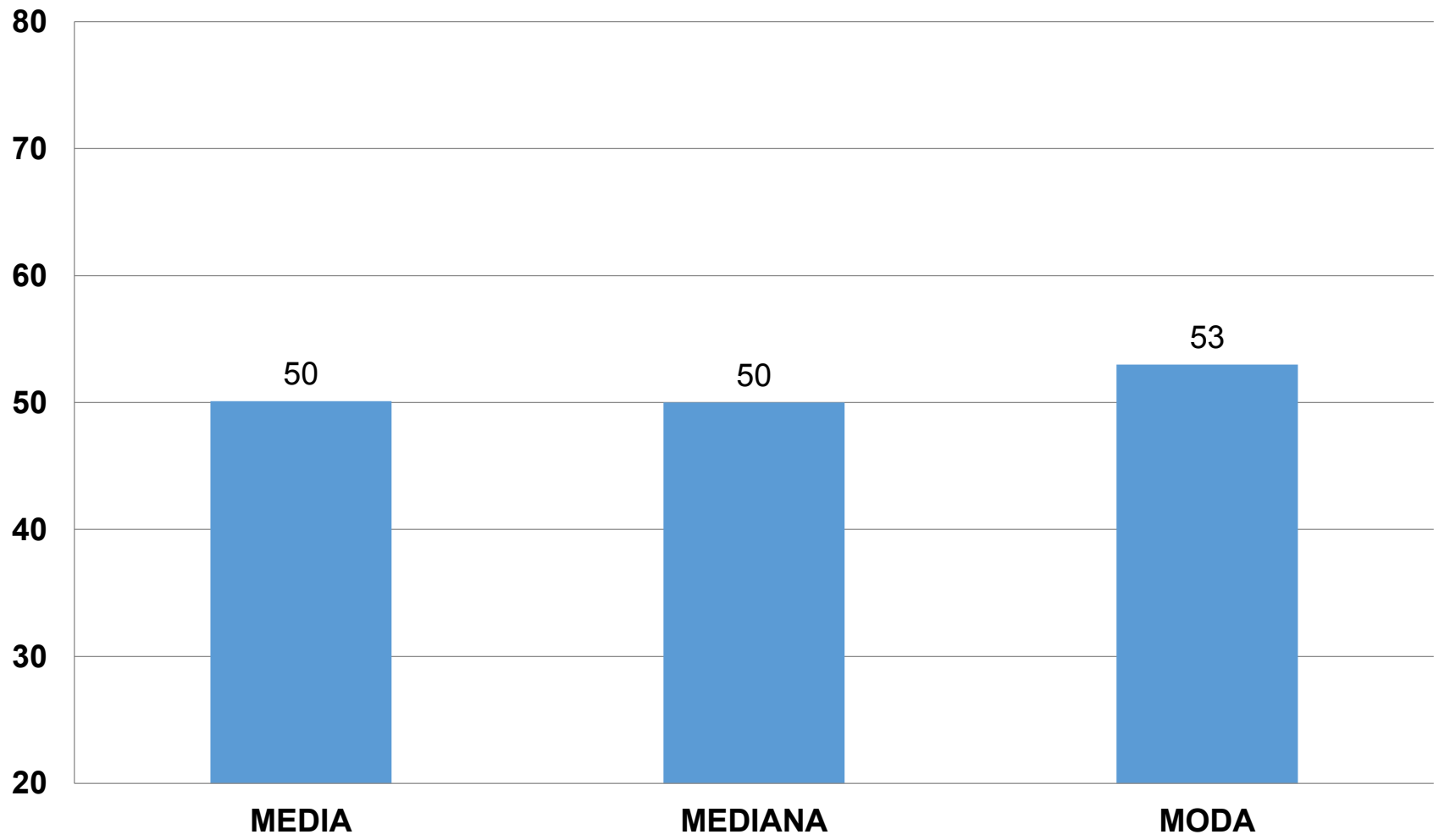
Thomas, Ulises. (2011)

“TAE- Batería de Test de Autoestima Escolar”.

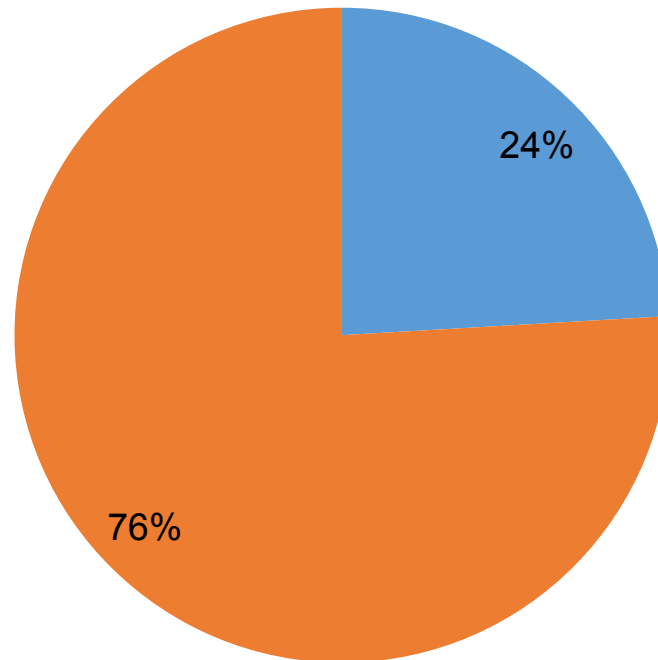
El Psicoasesor.

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

ANEXO 1
Media aritmética de la escala de autoestima



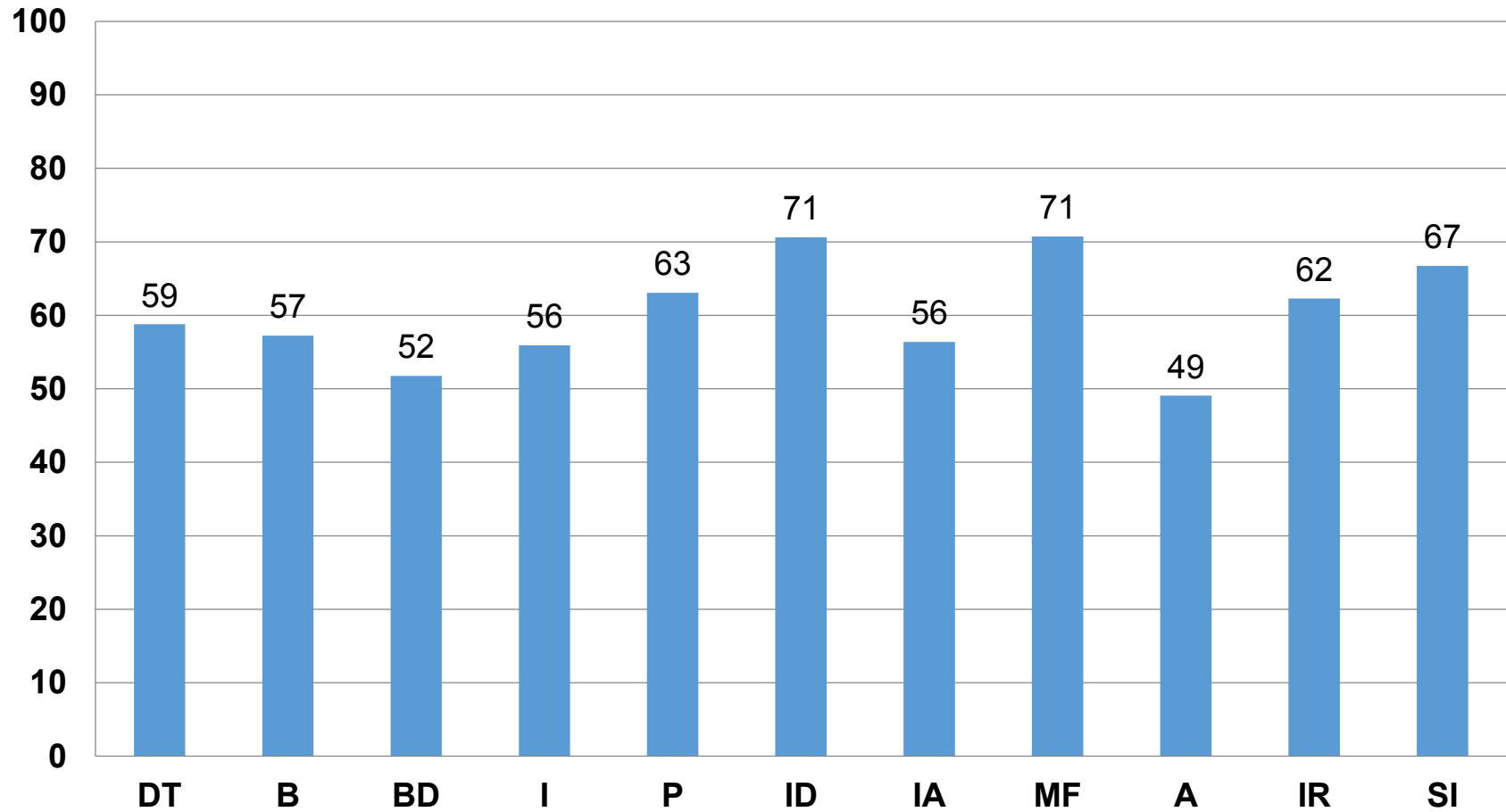
ANEXO 2
Porcentaje de sujetos con puntajes preocupantes en la variable autestima



■ % DE SUJETOS CON PUNTAJES PREOCUPANTES
■ % DE SUJETOS CON PUNTAJES NO PREOCUPANTES

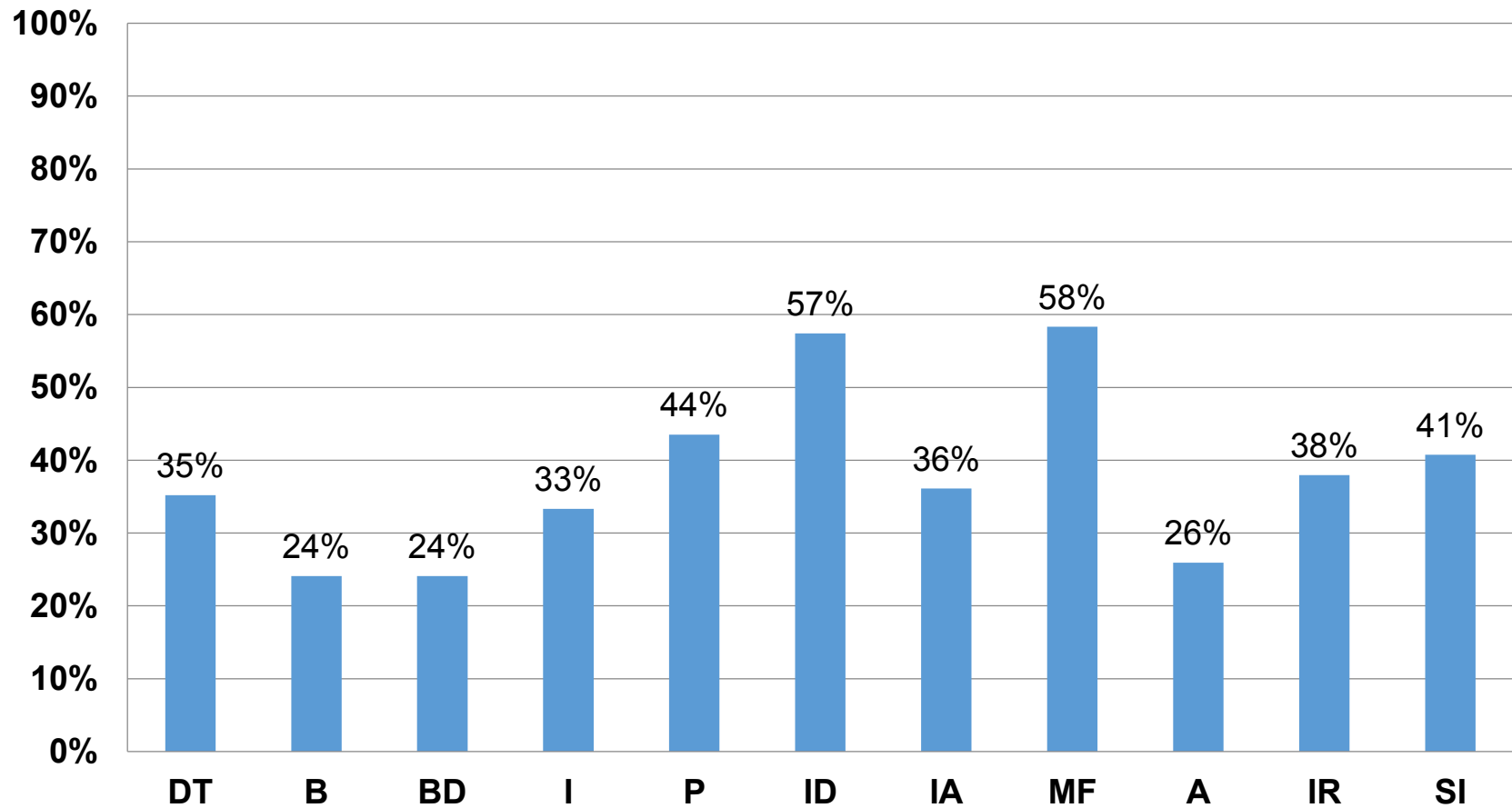
ANEXO 3

Media aritmética de las escalas de trastornos alimentarios



ANEXO 4

Porcentaje de sujetos con puntajes preocupantes en los indicadores de los trastornos alimentarios



ANEXO 5

Correlación entre el nivel de estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios

