



**UNIVERSIDAD
DON VASCO**

UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

INCORPORACIÓN NO. 8727-25 A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**LA AUTOESTIMA Y SU RELACIÓN CON LOS TRASTORNOS
ALIMENTARIOS EN ALUMNOS DE NIVEL BÁSICO**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Fátima Montserrat Méndez Guerrero

Asesor: Lic. GISELA MAYANIN TAFOLLA TORRES

Uruapan, Michoacán 7 de noviembre del 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

Antecedentes	1
Planteamiento del problema.	3
Objetivos.	5
Hipótesis.	6
Operacionalización de las variables.	6
Justificación.	7
Marco de referencia.	8

Capítulo 1. Autoestima.

1.1 Concepto de autoestima	11
1.2 Origen y desarrollo de la autoestima	12
1.3 Niveles de la autoestima	20
1.4 Componentes de la autoestima	26
1.5 Pilares de la autoestima	29
1.6 Medición de la autoestima.	32

Capítulo 2. Trastornos alimentarios.

2.1 Antecedentes históricos de la alimentación.	38
2.2 Definición y características clínicas de los trastornos alimenticios.	39
2.2.1 Anorexia nerviosa.	40
2.2.2 Bulimia nerviosa.	42

2.2.3	Obesidad.	44
2.2.4	Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas	44
2.2.5	Vómitos en otras alteraciones psicológicas	44
2.2.6	Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia.	45
2.3	Esfera oroalimenticia en el infante.	47
2.3.1	Organización oroalimenticia	47
2.3.2	Alteraciones en la esfera oroalimenticia.	49
2.4	Perfil de las personas con trastornos de alimentación.	50
2.5	Causas del trastorno alimentario.	52
2.5.1	Factores predisponentes individuales.	53
2.5.2	Factores predisponentes familiares.	57
2.5.3	Factores predisponentes socioculturales.	58
2.6	Percepción del cuerpo en el trastorno alimentario.	60
2.7	Factores que mantienen los trastornos alimentarios.	63
2.8	Trastornos mentales asociados a los trastornos alimentarios.	64
2.9	Tratamiento de los trastornos alimentarios	66

Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados.

3.1	Descripción metodológica	70
3.1.1	Enfoque cuantitativo.	70
3.1.2	Diseño de investigación no experimental.	71
3.1.3	Diseño transversal.	72
3.1.4	Alcance correlacional.	72
3.1.5	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.	73

3.2 Descripción de la población y muestra.	74
3.2.1 Delimitación y descripción de la población.	74
3.2.2 Descripción del proceso de muestreo.	75
3.3 Descripción del proceso de investigación.	76
3.4 Análisis e interpretación de resultados.	78
3.4.1 Nivel de autoestima en los alumnos de la Escuela Primaria Emiliano Zapata	
3.4.2 Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios	80
3.4.3 Relación entre el nivel de autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.	82
Conclusiones	86
Bibliografía	89
Mesografía	92
Anexos.	

INTRODUCCIÓN

A continuación se presentan, en relación con la temática examinada en el presente documento, diversas investigaciones que se han realizado con anterioridad, para tener referencia acerca de las variables que más adelante se abordarán.

Antecedentes

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

Toro y Vilardell (citados por Zagalazy cols.;1987) mencionan que la bulimia, vinculada en la mayoría de los casos con la anorexia, describe a quienes las padecen como comedores compulsivos, que se provocan el vómito tras la ingesta para acallar su conciencia que les demanda mantenerse en la delgadez.

Por otra parte la autoestima, es una variable psicológica de suma relevancia. Al analizarla, McKay y Fanning (citados por Steiner;1999) exponen que el autoconcepto y la autoestima juegan un importante papel en la vida de las personas. Tener un nivel positivo de estas variables es de la mayor importancia para la vida personal, profesional y social, ya que el autoconcepto favorece en sentido de la propia identidad. De ahí la importancia de un autoconocimiento sensato y autocrítico para

poder reconocer tanto lo positivo como lo negativo de los rasgos de carácter y conducta. La autoestima es importante en todas las épocas de la vida, pero de manera especial, en la época formativa de la infancia y de la adolescencia, en el hogar y en el aula.

Se han encontrado antecedentes de investigación referidos a las variables de este estudio, que enseguida se presentan.

En una investigación realizada por Moreno y Ortiz (2009), se estudió la relación entre las conductas de riesgo de trastorno alimentario, la imagen corporal y la autoestima en un grupo de adolescentes de secundaria. Se aplicaron tres instrumentos: el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40), el Cuestionario de la Figura Corporal (BSQ), el Cuestionario de Evaluación de la Autoestima y un cuestionario de datos sociodemográficos a 298 alumnos: 153 mujeres y 145 hombres, con una edad promedio de 13 años. Se encontró el riesgo de trastorno alimentario (8%) y la patología instalada en un 10%, con mayor prevalencia en las mujeres; ambos sexos presentan preocupación por su imagen corporal, niveles medios y bajos de autoestima y una mayor tendencia a presentar trastornos alimentarios en las mujeres. Los casos se incrementan con la edad.

Ríos y Millán (2009) realizaron una investigación titulada “Autoestima relacionada con el desempeño escolar” con los alumnos de quinto y noveno semestre de la carrera de odontología en el Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud, Unidad Santo Tomás, del Instituto Politécnico Nacional, en la ciudad de México. Los

resultados arrojados reflejaron que existe una relación entre la autoestima de los alumnos y su desempeño escolar, debido a que se observó que el número de recursadores(que repiten el grado) es mayor en aquellos alumnos con autoestima más baja en relación con el grupo de estudiantes en donde hubo menos recursadores. Los promedios más altos respecto al rendimiento académico, en su mayoría los tenían alumnos con autoestima alta, mientras que los promedios más bajos en rendimiento académico correspondieron a los estudiantes con baja autoestima (Ríos y Millán; 2009).

Por otra parte, en la Escuela Primaria Emiliano Zapata no se han realizado estudios sobre estos fenómenos, por lo que resultan novedosos los resultados que se encontraron.

Planteamiento del problema

Actualmente se presentan muchos cuestionamientos acerca de todos los elementos que influyen en la autoestima y los trastornos alimentarios que presentan los niños.

Debido a esto, es de vital importancia realizar esta investigación, ya que estos temas han sido estudiados por diversos autores de manera abundante, pero por separado, y no se ha profundizado si existe alguna relación entre ellos.

En los niños se tiene cada vez más impacto en su autoestima y las maneras de alimentarse, debido a la modernidad que se presenta en la actualidad, se generan así factores tanto biológicos como sociales, es decir, cómo es su convivencia social en los primeros años de su vida, los cuales son de vital importancia, ya que de esto dependerá su futuro.

Asimismo, los sujetos más interesados por el bienestar de los hijos son los padres, ya que a esta edad, entre los nueve y doce años, es fundamental cimentar adecuadas bases tanto físicas como emocionales por parte de los padres, para que el niño tenga un apropiado desempeño.

Particularmente, en niños que cursan el cuarto, quinto y sexto grado, que se encuentran estudiando en la Escuela Primaria Emiliano Zapata, localizada en la ciudad de Uruapan, Michoacán, no se han realizado estudios sobre estos temas que comprueben si existe una relación entre las variables mencionadas.

Por lo anterior, se plantea la siguiente interrogante: ¿Qué relación existe entre el nivel de autoestima y la presencia de indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos de la Escuela Primaria Emiliano Zapata, de Uruapan, Michoacán?

Objetivos

En el presente apartado, se exponen los objetivos de investigación, mediante los cuales se buscó dar respuesta a la pregunta general del presente estudio.

Objetivo general

Analizar la relación entre la autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en alumnos de la Escuela Primaria Emiliano Zapata, de Uruapan, Michoacán.

Objetivos particulares

1. Definir el concepto de autoestima.
2. Determinar los tipos de autoestima.
3. Analizar las teorías que mencionen el fenómeno de la autoestima.
4. Definir el concepto de trastornos alimentarios.
5. Determinar los principales trastornos alimentarios.
6. Describir los principales indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.
7. Medir el nivel de autoestima que presentan los alumnos de la Escuela Primaria Emiliano Zapata.
8. Evaluar el nivel en que se presentan los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en la población de estudio.

Hipótesis

Por otra parte se muestran las explicaciones provisionales que permitieron a la investigadora, poner a prueba los aspectos esperados de la realidad, de manera que fue posible aceptar o rechazar cada afirmación.

Hipótesis de trabajo

La autoestima y los trastornos alimentarios están relacionados significativamente en los alumnos que cursan el cuarto, quinto y sexto grado de la Escuela Emiliano Zapata de Uruapan, Michoacán.

Hipótesis nula

La autoestima y los trastornos alimentarios no están relacionados significativamente en los alumnos que cursan el cuarto, quinto y sexto grado de la Escuela Emiliano Zapata de Uruapan, Michoacán.

Operacionalización de las variables

La variable autoestima se midió con el Test de Autoestima Escolar (TAE-ALUMNO) de Marchant y cols. (2005), el cual está compuesto por 23 afirmaciones o ítems, los cuales el niño debió contestar sí o no. Con esto se permite ubicar en los niños que cursan el cuarto, quinto y sexto grado de la Escuela Emiliano zapata, el nivel de autoestima en

categorías que tienen relación con puntajes de normalidad, baja o muy baja autoestima.

Por otra parte, la variable trastornos alimentarios se midió con el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2). Este instrumento está conformado por once escalas: obsesión por la delgadez, bulimia, ineficacia, insatisfacción corporal, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, ascetismo, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, impulsividad e inseguridad social; el instrumento se integra por 91 reactivos a los que se contesta con una escala de seis puntos. Con esto se permite obtener un perfil psicológico que es consistente con la comprensión de los trastornos de la conducta alimentaria en los niños de la primaria (Garner; 1998).

Justificación

Esta investigación beneficiará directamente a la institución donde se realizó, ya que dará pauta a nuevas intervenciones que a su vez, contribuirán a que la comunidad educativa tenga un mayor conocimiento del tema.

Asimismo, ayudará a los maestros para que puedan ampliar sus conocimientos y ajustar las estrategias necesarias para apoyar a los alumnos, desarrollar nuevas actitudes en ellos y ver cómo cada una de estas cambia.

A la investigadora le servirá para desarrollar y conocer más sobre la autoestima y trastornos alimentarios en los niños de estas edades, lo que redundará en el desempeño laboral que tendrán que ejercer en un futuro.

Cabe mencionar que se obtendrá un logro personal muy importante en la investigadora: la satisfacción generada por el hecho de contribuir a que las nuevas instituciones puedan apoyarse o basarse de alguna manera para realizar sus objetivos.

Se puede ver, que este tema es uno de los que hay pocos estudios y que aparte, es de suma importancia para la psicología, ya que la autoimagen e interacción del alumno van evolucionando de acuerdo con las exigencias que el ambiente proporciona y debido a esto, también deben generarse cambios en la manera en que se enseñan las actividades.

Marco de referencia

Esta investigación se realizó en la Escuela Primaria General Emiliano Zapata, que se encuentra ubicada en la Colonia Movimiento Magisterial, enclavada en la zona oriente de Uruapan, Michoacán.

Esta escuela pertenece a la zona Escolar 208, sector Educativo 22; fue fundada en el año de 1995 por el profesor Rafael Montelongo, recibiendo la clave el 12 de octubre del mismo año, la cual es 16DPR4963B. En sus inicios se trabajó con una matrícula de 25 alumnos, quienes recibían clases en casas prestadas y luego en el

auditorio Magisterial, de la misma colonia. En 1999, el docente Luis Chávez Galván sustituyó en la dirección al profesor Rafael Montelongo, recibiendo una escuela con 39 alumnos, un maestro, un terreno baldío de 72 x 65 metros y dos aulas de madera en deficientes condiciones.

En la actualidad (ciclo escolar 2013-2014), cuenta con una matrícula de 457 alumnos distribuidos en 16 grupos, con una plantilla de un director técnico, 16 docentes, dos maestros de educación física, un agente administrativo y dos empleados de intendencia; ocho de los maestros cuentan con la profesión de Licenciatura en Educación Básica y tres con maestría. En la infraestructura se cuenta con 11 aulas construidas ex profeso por los gobiernos municipal y estatal, así como cuatro aulas de material y una de madera, construidas por los padres de familia,

Con la incursión en el Programa Escuelas de Calidad, se ha mejorado la infraestructura de manera sustentable, se cuenta con una plaza cívica techada, una red colectora de aguas residuales y un pórtico que embellece el espacio escolar. Tres aulas cuentan con butacas.

La misión de esta institución es dar a los alumnos las herramientas necesarias para enfrentarse a una vida competitiva en donde sepan aplicar sus conocimientos, propiciando una formación integral con convicciones firmes y aspiraciones claras, mediante la preparación en todas las dimensiones.

La visión es ser una escuela con un equipo organizado e integrado en compromiso con la mejora continua, ofreciendo una educación de calidad en mejores instalaciones, involucrando a toda la comunidad educativa.

CAPÍTULO 1

AUTOESTIMA

En este capítulo se aborda como tema principal la autoestima. Esto incluye su definición, las características, los niveles en los que se puede presentar, los componentes y los pilares de este fenómeno.

1.1 Concepto de autoestima

En este capítulo se presentan diferentes definiciones de autoestima, las cuales llevarán a una mejor comprensión del presente estudio.

Como inicio se considera que la “autoestima es la forma habitual de pensar, amar, sentir y comportarse consigo mismo” (Alcántara; 1990:17).

Estos procesos posteriormente dan pie a enfrentar o no, los hechos que ocurran en el transcurso de la vida.

En otra definición, “la autoestima es estar dispuestos a ser conscientes de que somos capaces de ser competentes para enfrentarnos a los desafíos de la vida y de que somos merecedores de felicidad” (Branden; 2010:17).

Retomando lo anterior, esta felicidad tiene relación con una autoestima sana, que ayude al bienestar de la persona.

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

Esta última definición es la que da fundamento a la investigación, debido a que menciona el presente, pasado y futuro de una persona, lo que la hace ser de acuerdo con lo que fue.

Enseguida se presenta la manera en que se origina la autoestima.

1.2 Origen y desarrollo de la autoestima

Respecto al fundamento de la autoestima, “desde que nacemos, como seres vivos que somos, estamos sujetos a los mecanismos que la naturaleza tiene asignados para el crecimiento y desarrollo”(Carrión; 2007:18).

La autoestima juega un papel muy importante en la vida de las personas desde que nacen hasta que mueren.

La autoestima no es innata, sino que se va formando de acuerdo con las experiencias que la persona va teniendo, de igual manera, es una adquisición de aprendizaje en diferentes ámbitos (Alcántara; 1990).

Se hace énfasis en el ámbito familiar, el cual es la base de la educación de valores y actitudes, porque el entorno en el que se cría una persona es crítico para el desarrollo de su autoestima.

“Si una persona no acepta la responsabilidad de pensar y razonar, limitando de este modo su competencia para vivir, no retendrá su sensación de valor personal. Si traiciona sus convicciones morales, limitando así su sensación de valor personal, traiciona su propio juicio, con lo cual perderá la sensación de competencia” (Branden; 2008:197).

Esta es la naturaleza y las causas de la necesidad de autoestima que tienen las personas.

Enseguida se presentan los factores negativos que propician una baja autoestima y posteriormente, los positivos, que generan una sana autoestima desde la infancia hasta la adultez.

“Los problemas que se manifiestan como una autoestima pobre también contribuyen significativamente al constante deterioro de la misma” (Branden; 2008:13).

En el mismo sentido, “desgraciadamente, esta es una actitud que se deja de lado o se corrompe en un estadio muy temprano de la vida de la persona; y esta se adapta a la sensación de vivir en un universo intangible, chocante y amenazador; dentro del cual es imposible tener confianza en uno mismo” (Branden; 2008:198).

Ya que los impactos que la persona recibe del ambiente, es decir, la interacción con los demás, llegan a influir de manera tanto positiva como negativa, su entorno puede o no truncar la posibilidad de desarrollar todo su potencial, su alimentación depende de cómo se encuentre y cómo se perciba a sí mismo. Todos estos factores influirán en formar su personalidad.

A los dos años de edad, los niños están reconociendo su entorno. En esta etapa puede ocurrir que se presente de improviso un hermanito; ante ello, el niño no entiende nada de lo que ocurre, pero al momento de sentir esa necesidad de atención y calor humano, él siente que su supervivencia está amenazada y este sentimiento queda grabado en las profundidades de su ser. Por esto, el niño comienza a llorar con frecuencia, se despierta sobreexaltado, rechaza a su hermano e incluso en ocasiones lo agrede sutilmente (Carrión; 2007).

“Aquí es cuando el niño comienza a sentirse marginado, infravalorado y no sabe la causa” (Carrión; 2007:22). Este es el momento en donde comienza a formarse la construcción de la autoimagen, y con estas deficiencias prosigue su crecimiento.

En la infancia, los individuos se enfrentan a una irracionalidad humana que no saben cómo superar y esto hace que vean el mundo que los rodea como

incomprensible y lo suponen como una amenaza, ya que las ideas de los adultos parecen absurdas, contradictorias y amenazantes para su persona.

“Todo niño se da cuenta de que hay cosas que no puede entender hasta que crezca; eso no es un problema, el problema está en las cosas que siente que nunca sabrá” (Branden; 2008:200).

Cuando un niño no mantiene su control cognitivo, se siente invadido y superado por el miedo; para él nada es real, nada importa, solo el hecho de su propio temor. Por eso será más importante el miedo de crecer y dominar lo desconocido.

“El resultado de estas situaciones es un profundo sentimiento de humillación, de rebajamiento, de renunciación a uno mismo, es decir: una profunda pérdida de autoestima” (Branden; 2008:205).

En el mismo sentido, “sin autoestima, los niños dudan de sí mismos, ceden frente a la presión de sus compañeros, se sienten inútiles o inferiores y pueden consumir drogas o alcohol como un pretexto para justificarse” (Kaufman y cols.; 2005: XVII).

Comienza la etapa en donde ya hace uso de su razón, la persona comienza a aislarse, debido a que experimenta un rechazo por ser diferente. Desde ese momento se siente infravalorado, por el hecho de no comprender lo que se le ha explicado (Carrión; 2007).

Aunque todo esto es falso, ya que es producto de su subjetividad, el individuo sigue su crecimiento, deformando su autoimagen con estas ideas que no podrán ser corregidas.

El sujeto, al llegar a la adolescencia, tendrá varios pensamientos, por ejemplo: sentirá que nadie lo valora, se sentirá impotente, se dejará influir mucho, tendrá pobreza de emociones y sentimientos, evitará las situaciones que le provoquen ansiedad, se pondrá a la defensiva y echará la culpa a otros por sus debilidades. Es decir, sentirá que no puede realizar las actividades, se sentirá inseguro, cambiará de ideas y de comportamiento constantemente (Clark y cols.; 2000).

En el proceso de construcción de la autoestima, “la madurez servirá para ponerla al día continuamente, pero si la base, los cimientos, son inseguros, el desarrollo de la propia imagen será deficiente, sin lugar a dudas.”(Clark y cols.; 2000:26)

En este orden de ideas, “la mayoría de las personas, cuando son adultas, padecen de una significativa falta de autoestima” (Branden; 2008:204), por permitirse caprichos sin sentido que ya ni recuerdan, por ser libres para actuar según el impulso en el momento, sin la responsabilidad de la conciencia o el pensamiento.

Por actuar de acuerdo con sus impulsos, el sujeto otorga más peso al éxito, aunque no comprende que su autoestima no depende de los éxitos o fracasos que tenga, por eso se provocan en él, sentimientos de angustia y dudas sobre sí mismo.

Hay un gran error de las personas adultas que tienden al perfeccionismo, haciéndose exigencias imposibles, juzgándose a sí mismas, haciendo que su mente sea usada hasta la máxima capacidad. Esto ocasiona uno de los peores daños, aceptando una culpa que no se han ganado.

La persona que carece de dirección o propósito, aquella que carece de metas productivas, se siente indefensa y fuera de control, esto es, que se siente inadecuada para existir, incapaz de disfrutar de la vida (Branden;2008).

Ahora se hablará de cómo se desarrolla una autoestima sana.

Los niños que son tratados por sus padres con respeto y amor, que les permiten experimentar una aceptación coherente y benevolente, que ajustan reglas razonables, que no discuten con ellos, no los humillan, no tienen ningún tipo de violencia física, verbal o psicológica y que les brindan la confianza, son niños que tienen mayores posibilidades de disfrutar de los cimientos necesarios para una autoestima sana (Branden; 2011).

De igual manera, aquellos que manifiestan una confianza realista en su mente y valores, tienden a experimentar el mundo como algo accesible a ellos y a reaccionar adecuadamente ante los desafíos y las oportunidades que se les presenten.

Las personas mayores que se encuentran en el entorno del niño, deben considerar la manera en la que se comportan cuando el menor está presente, ya que todas estas personas son un espejo en el cual el niño se refleja y va interiorizando dichas conductas para después reproducirlas.

Por esto es muy importante promover conductas positivas para desarrollar una autoestima sana en los niños, “que los ayude a que se sientan orgullosos y satisfechos de sí mismos cuando hacen lo correcto, a celebrar sus logros, a saber qué situaciones pueden admitir y a esforzarse por ser mejores en todos los aspectos”(Kaufman y cols.; 2005:XVIII).

Esto se logra en un niño cuando los padres incrementan su autoestima reforzando la imagen que el menor tiene de sí mismo con aspectos positivos, por ejemplo, al colaborar con él en sus tareas y trabajos, al encontrar algo favorable que decirle en sus tareas y trabajos, al evitar hacer comparaciones con sus amigos, y sobre todo, mostrarle cómo puede hacer bien las actividades, ya que el ejemplo es lo más importante para que un infante aprenda a distinguir lo que está bien de lo que está mal.

En la escuela, los niños comienzan una nueva etapa en la que además de adquirir conocimientos, aprenden a compartir, a expresar sus propias ideas, socializan con sus iguales o con figuras de autoridad, generan pensamientos individuales a partir de lo colectivo; por lo anterior, los maestros deben permitir un ambiente saludable, es decir, dejar expresar sus ideas, de modo que el niño se sienta cómodo, con seguridad y sin miedo a equivocarse.

Posteriormente, la adolescencia es una de las etapas más difíciles, ya que ocurren cambios tanto físicos como psicológicos.

Dependiendo de las situaciones que pasen en su entorno y que puedan influir, un adolescente con autoestima será: “independiente, asumirá responsabilidades, afrontará nuevos retos con entusiasmo, estará orgulloso de sus logros; demostrará amplitud de emociones y sentimientos, tolerancia a la frustración, se sentirá capaz de influir en otros, es decir, podrá elegir y decidir, actuará con seguridad, le interesarán las tareas desconocidas; de forma espontánea sabrá reír, gritar, llorar, expresar lo que él siente. Tendrá mucha confianza” (Clark y Cols.; 2000:13-14).

No se nace con autoestima, sino que se aprende, lo cual significa que puede ser enseñada. Esto depende mucho de las personas que se encuentran en el entorno del individuo en sus primeros años de vida, ya que estos son críticos para el desarrollo de su personalidad y posteriormente, para su comportamiento durante el resto de su vida. Por eso se debe enseñar a aprender habilidades, las cuales favorezcan firmes cimientos para poder llevar una vida sana, con la que el sujeto pueda cumplir sus

objetivos al obtener satisfacciones personales que lo lleven a ser feliz. Por eso cada persona se valora en función de la manera en que fue valorado.

1.3 Niveles de la autoestima

La autoestima es evaluada con base en niveles, los cuales poseen características específicas que se puntualizan a continuación.

“Durante el proceso de crecimiento y desarrollo psicológico, un ser humano va elaborando su carácter por medio de las acciones volitivas que va tomando día tras día” (Branden; 2008:210).

A continuación se hablará de los diferentes niveles de autoestima que pueden presentar los niños.

- Autoestima normal

Una autoestima normal “es aquella en la cual la persona se siente competente para enfrentarse a los desafíos que le presente la vida, llevándola a sentir felicidad una vez logrados”(Branden; 2008:13).

En este contexto, “este tipo de autoestima busca el reto y el estímulo que suponen unas metas dignas y exigentes. Alcanzar metas alimenta la sana autoestima.

Cuanto más sólida sea la autoestima, mejor equipado estará el individuo para luchar frente a la adversidad en su vida personal o carrera profesional” (Branden; 2008:16).

De igual manera, “con autoestima, los niños se sienten seguros en su interior, están más dispuestos a arriesgarse y a ser responsables de sus actos, pueden enfrentar cambios y desafíos en la vida, y tienen la flexibilidad necesaria para enfrentar un rechazo, la decepción, el fracaso y la derrota” (Kaufman y cols.; 2005: XVII).

En el manejo de situaciones, “ante el miedo, un niño sigue manteniendo el control cognitivo, ya que no permite que el miedo lo invada y supere su conciencia, es capaz de comprender” (Branden; 2008:205).

En suma, “el interés primordial del niño será el valor de su éxito, el de ampliar sus capacidades, ignorará el temor y seguirá adelante y entonces el miedo desaparecerá” (Branden; 2008:206).

Cuanto más sólida y agradable sea su autoestima, mejor equipada estará la persona para luchar ante las adversidades de la vida. Más ambiciosa tenderá a ser, y se sentirá inclinada a tratar a los demás con respeto, benevolencia, buena voluntad y justicia. “Es por esto que tales personas no suelen considerar a los demás como una amenaza y el respeto por uno mismo constituye la base del respeto de los demás” (Branden; 2008:16-17).

Aquí las personas que viven conscientemente, son mucho más competentes que las que viven sin pensar, ya que se sabe que la integridad engendra respeto hacia sí mismo. Mientras sean más altas las metas que una persona se ponga, mayores serán los desafíos que tienda a buscar.

“Una autoestima normal funciona en la práctica como el sistema inmunológico de la conciencia, ofreciendo una mayor resistencia, fuerza y capacidad regeneradora” (Branden; 2008:15).

Un hombre racional tiene deseo de sentir placer, con la intención de celebrar el control que tiene sobre su existencia. “Disfruta una fiesta como una recompensa emocional por los logros conseguidos, solo si en realidad conlleva actividades que la persona pueda gozar, tales como ver a personas que le gustan, a personas nuevas e interesantes, tener conversaciones en las que dicen y se escuchan cosas que valen la pena” (Branden; 2008:224).

En general, “una autoestima normal se relaciona con la racionalidad, el realismo y la intuición; con la creatividad, la independencia, con la flexibilidad y la capacidad de aceptar los cambios; con el deseo de admitir los errores y con la disposición de cooperar” (Branden; 2011:23).

- Autoestima baja

La mayoría de las personas no identifican el papel y la importancia que tiene el uso de la razón en sus vidas, ni que su bienestar depende de la eficacia de sus operaciones mentales, esto hace que se sientan impotentes para enfrentar la vida.

“Cuando el grado de autoestima es bajo, disminuye la resistencia a las adversidades de la vida.” (Branden; 2011: 15). Esto hace que lo negativo tenga más poder que lo positivo.

Una persona con este tipo de autoestima no acepta la responsabilidad de pensar y razonar, limitando de este modo su competencia para vivir, es decir, no tendrá valor personal. “Traicionando sus convicciones morales, traiciona su propio juicio, con lo cual perderá la sensación de competencia” (Branden; 2008:197).

“Aquí un niño puede experimentar ciertos grados de aprensión, es decir, dudar de su capacidad para superar su miedo al fracaso. Esto hace que se paralice su mente, de modo que no le importe nada más, ni la verdad ni la comprensión; puede empezar a dudar de la validez de la opinión que expresa y escapa de esta situación amenazante, evitando que se vuelva a repetir” (Branden; 2008:206).

No decide por principio, deja de lado la voluntad de ser eficaz y rechaza la autoridad de su mente bajo la presión del miedo.

“El niño siente humillación, rebajamiento, renunciación así mismo, es decir: una profunda pérdida de autoestima” (Branden; 2008:207).

Desde otra perspectiva, un adolescente se sentirá incapaz de realizar lo que se le presenta, sentirá que el apoyo que recibe de sus amigos y familia es negativo, se dejará influir mucho en la toma de decisiones, no podrá transmitir emociones ni sentimientos, se pondrá a la defensiva y culpará a otros de lo que él no pueda realizar.

Aquella persona que carece de dirección y propósito, o de metas productivas, necesariamente “se siente indefensa y fuera de control, por ende se siente inadecuada para existir, por esto es incapaz de disfrutar de la vida” (Branden; 2008:217).

“En el mismo sentido, la persona solo se complace cuando trabaja sometida a una rutina y en medio de cosas que le son familiares, cree que la felicidad está en la liberación de todo desafío, esfuerzo o lucha; manifiesta un alma muy distinta para quien el universo se presenta como algo incognoscible, vagamente amenazador, un alma cuyo impulso motivador es la seguridad de un mundo en el que no se le exija la eficacia” (Branden; 2008:222).

“Independientemente del contexto en que se dé el comportamiento autodestructivo, o la forma que tenga, el origen de tal comportamiento es el mismo: una baja. Es la baja autoestima la que nos provoca una relación contraria a nuestro bienestar” (Branden; 2011:35).

- Autoestima muy baja

Aquí la persona piensa que es inconcebible que el trabajo o cualquier forma del mismo se pueda disfrutar, considera el esfuerzo de ganarse la vida como un mal necesario, solo sueña con los placeres que comienzan cuando termina la jornada laboral, el placer de inundar su cerebro de alcohol, o con la televisión, el billar, las mujeres y el placer de no ser consciente.

Los niños con este tipo de autoestima dudan de sí mismos, ceden frente a la presión de los compañeros, se sienten inútiles o inferiores y pueden consumir drogas o alcohol como un pretexto para justificarse (Kaufman y cols.; 2005).

Muchos de estos niños pueden cometer actos inapropiados, hirientes o incluso desesperados como son: herir a sus compañeros y maestros, porque se sienten humillados, rechazados, excluidos e ignorados (Kaufman y cols.; 2005).

El adolescente tiene mucho miedo de cometer errores que puedan llevar a la desaprobación de los demás. “Estas personas pueden odiar, despreciar o temer a todos los presentes, pueden actuar como un payaso ruidoso y sentirse secretamente avergonzadas de ello”(Branden;2008:224).

Por otra parte, una persona puede tener una fuerte autoestima, un profundo sentimiento de eficacia, pero al ser muy especializado en lo que a sus intereses se refiere, puede carecer de habilidades prácticas que la mayoría de las personas dan por hechas.

1.4 Componentes de la autoestima

La autoestima es la precursora y uno de los principales elementos determinantes del comportamiento, conlleva un impulso operativo, el cual hace responder ante ciertas circunstancias, es decir, tener conductas que generan la interacción social.

En la autoestima se encuentran tres componentes: afectivo, cognitivo y conductual. Los tres están íntimamente relacionados, esto quiere decir que si uno de ellos falla en algo, los demás se verán afectados, y en consecuencia, todo el sistema se desestabilizará; esto puede afectar la autoestima de cada individuo.

Enseguida se describen dichos fundamentos, “empezando por su componente cognitivo el cual indica ideas, opinión, creencias, percepción y procesamiento de la información” (Alcántara; 1990:19). Es decir, consiste en formar esquemas que ayudan a reconocer e interpretar todo lo que la mente se recibe al interactuar con el ambiente, formando así un sistema de cómo y cuándo utilizar esa información. Esto ayuda para tener un concepto de sí mismo, o incluso de los demás.

El siguiente componente es el afectivo, este engloba todo lo que se ve como negativo y positivo en la persona, lo agradable y lo desagradable, lo bueno y lo malo.

La manera en la que una persona se valora a sí misma, como se siente con las habilidades y fortalezas que tiene o si presenta frustración ante sus debilidades, depende mucho de que se forme una alta o baja autoestima, “ya que a mayor carga afectiva, mayor potencia de la autoestima” (Alcántara; 1990:20).

Asimismo, el componente conductual habla de la coherencia, es decir, tener relación entre lo que piensa, dice y hace una persona. Esto la llevará a tener una positiva imagen de sí misma y sentirse orgullosa, para poder transmitir esto a las demás personas y así generar un respeto hacia sí misma y hacia los otros.

Por esto, los sujetos siempre están en constante cambio, obteniendo nuevos esquemas, ya que quienes se encuentran en el entorno de la persona, emiten juicios que son impactantes para el autoconcepto y valoración de ella.

Por otro lado, la confianza juega un papel importante, ya que un individuo puede desarrollar la capacidad de observar de manera objetiva los hechos y esto conlleva a creer y confiar en sí mismo. Esto puede explicar por qué hay personas que pueden crecer en un entorno terrible y que les va muy bien en el ámbito educativo, sus relaciones interpersonales son satisfactorias y esto puede deberse a la manera en que integraron y adaptaron sus esquemas para su beneficio.

Por esto, aunque una persona posea habilidades para desempeñarse a los desafíos que la vida le presente, pero no tiene confianza o no cree poder lograrlo, le

será más difícil lograr sus objetivos, incluso algunas suelen rendirse por miedo al fracaso.

Por otra parte, Branden menciona dos componentes de la autoestima: el primero consiste en “considerarse eficaces, confiar en la capacidad de uno mismo para poder pensar, aprender, elegir y tomar decisiones correctas”, y lo llama eficacia personal (2008:45).

Al respecto, Carrión señala que “es el funcionamiento correcto de nuestros procesos mentales, capacidad de observación objetiva de los hechos. Creer en uno mismo y confiar en uno mismo” (2007:25).

El segundo componente, Branden lo denomina respeto por sí mismo, es decir, “la confianza en que las personas son dignas de los logros, el éxito, la amistad, el respeto, el amor y la realización que aparezcan en sus vidas” (2008:45).

A lo cual, Carrión (2007) agrega al segundo componente, que también llama sentido del valor personal; “reafirmación de la valía personal, del derecho a vivir y ser feliz”, es decir, autorrealización.

En conclusión, para Carrión (2007), el primer componente es cuando la persona llega a vivir plenamente y conscientemente, experimentando su realidad como ser humano; el segundo implica darle un sentido profundo.

Por otro lado y para terminar, Lamby cols. (2011) menciona otros componentes que influyen en la autoestima de una persona: percepción, autoconcepto y personalidad.

El primero ayuda a que las personas encuentren su identidad, ya que es la manera en que se ven a sí mismas y reconocen su comportamiento, este depende del segundo componente: autoconcepto, que se refiere a combinar la imagen ideal y la real que tiene cada persona de sí misma; es cuidar la apariencia ante los demás; el autoconcepto y la personalidad se reflejan en el estilo de vida, de modo que la personalidad es un modo de vida, al identificar intereses y opiniones de una persona.

1.5 Pilares de la autoestima

Los pilares se refieren a prácticas que ayudan a que la autoestima de una persona se vea fortalecida. Se enlistan a continuación los seis que se reconocen y posteriormente, se da una breve explicación de lo que consiste cada uno.

1. Vivir conscientemente.
2. Aceptarse a sí mismo.
3. Aceptar responsabilidades.
4. Afirmarse a sí mismo.
5. Vivir con un propósito.
6. La integridad.

La práctica de vivir conscientemente es cuando la persona debe tener conciencia de todos los comportamientos que tiene, es decir, debe manifestarlos con la finalidad de generar un respeto hacia él mismo.

“Una persona debe elegir cientos de veces al día el grado de conciencia con que funciona” (Branden; 2008:20), lo cual implica retomar todo lo que la persona realice en su diario vivir, remediando los errores que se pueden cometer.

La práctica de aceptarse a uno mismo es “tratar de no fingir una autoestima que no se posee, sino más bien un acto primario de valoración propia” (Branden; 2008:21).

Una persona debe aceptar tanto los defectos como las virtudes, saber que se tienen, tratar de ver la realidad, saber que se pueden corregir y tratar de ser mejor persona, no castigándose con sentimientos de culpa, ya que el aceptar los errores es posible un crecimiento y un cambio en la persona.

La práctica de aceptar responsabilidades es hacerse cargo de todo lo que implique el diario vivir de la persona, sus comportamientos, tanto positivos como negativos, tener el control de sus emociones, poder sentir esa alegría esa tristeza.

Esta práctica implica ser responsable de hacer realidad sus deseos, de elecciones y actos, “del grado de conciencia que introduzco en mi trabajo, de mi conducta con otras personas, del modo en que distribuyen el tiempo, de comunicarme

correctamente con los demás, de elegir los valores que quieran transmitir, de elevar en grado en que una persona se siente bien” (Branden; 2008:22-23).

La práctica de autoafirmación se refiere a que una persona debe tener su propia actitud, formar su propia identidad con sus propios puntos de vista, su propia ideología, ser capaz de aceptar y respetar el punto de vista de otra persona, estar firme en decisiones, pero teniendo respeto hacia las demás personas en sus valores y costumbres. Conlleva el convivir de manera sana, la cual radica en expresar sus ideas de manera clara, enfrentar todos los desafíos que la vida le presente de manera adecuada, en vez de escapar de ellos.

La práctica de vivir con un propósito es tratar de que la persona fije metas y objetivos, los cuales le ayudarán a sentirse alguien de provecho, ya que las conductas serán acorde con lo que se plantee, y con esto logrará sentirse bien consigo misma.

Al tener objetivos y alcanzar nuevas metas, la persona tiene una autoestima alta, ya que cada vez que se proponga un logro y obtenga el éxito, se sentirá muy bien.

La práctica de la integridad se refiere a que una persona debe ser congruente con sus ideologías y sus actos. Debe ser honesta, esto es, no tener hipocresías ante otras personas; no mostrarse al mundo con otras ideologías por encajar en la sociedad, sino como realmente sé es.

En la actualidad es muy difícil que las personas se preocupen por tener integridad.

El último pilar es la posición y la voluntad de vivir esas seis prácticas.

1.6 Medición de la autoestima

Debido a la gran influencia que la autoestima puede tener en la vida de las personas, se han desarrollado diferentes instrumentos con el fin de evaluarla.

Para su mayor comprensión y conocimiento de la variable, a continuación se definen pruebas que ayudan a medir el grado de autoestima en personas desde la infancia hasta la adultez.

La Escala de Autoestima de Rosenberg es quizás la prueba de autoestima más utilizada en la investigación en ciencias sociales: ha sido traducida a 28 idiomas, y validada interculturalmente en más de 50 países (sicolog.com).

La autoestima supone una evaluación global de la consideración positiva o negativa de uno mismo. Además de la autoestima, la autoeficacia y la autoidentidad son una parte importante del concepto de sí mismo.

Gran parte de la obra de Rosenberg se centró en examinar cómo la posición social, las variables raciales o étnicas y los contextos institucionales, como la escuela

o la familia se relacionan con la autoestima. Estas variables proporcionan un conjunto característico de experiencias que se interpretan activamente por los individuos, dando forma al concepto de sí mismo.

La prueba consta de diez preguntas, puntuables entre uno y cuatro puntos, lo que permite obtener una puntuación mínima de diez y máxima de 40. Las frases están enunciadas una mitad en forma positiva y la otra mitad en forma negativa, al objeto de evitar el llamado efecto de aquiescencia autoadministrada. No se establecieron inicialmente puntos de corte que permitan clasificar el tipo de autoestima según la puntuación obtenida, aunque sí es posible establecer un rango normal de puntuación en función de la muestra que se tome como referencia (sicolog.com).

La utilidad de este estudio se sustenta en el hecho de que la autoestima es un constructo de gran interés clínico, por su relevancia en diversos cuadros psicopatológicos, así como por su asociación con la búsqueda de ayuda psicológica, con el estrés percibido y con el bienestar general.

Otro instrumento empleado para medir la autoestima, es el Test de Autoestima de NevaMilicic.

Presenta la evaluación clínica de la autoestima escolar basándose en cinco categorías que caracterizan a los niños con buena y mala autoestima: Autoestima Física, Autoestima Afectiva, Autoestima Social, Autoestima Académica y Autoestima

Ética. Teniendo cada categoría ítems o reactivos los cuales son los que identifican el estado del niño. (De la Hoz; 2014).

El inventario de Autoestima de Coopersmith, por su parte, corresponde a un instrumento de medición cuantitativa de la autoestima. Este fue presentado originalmente por Stanley Coopersmith en 1959.

Dicho autor, utilizó esta prueba de 58 reactivos como base para el desarrollo de la versión para adultos. Al analizar su confiabilidad, Ryden (1978) encontró una confiabilidad test-retest de .80 en mujeres, en períodos de seis a 58 semanas. Con respecto a la validez del constructo, se refieren diferencias significativas entre los grupos de alta y baja autoestima (Brinkmann y Segure; 1988).

La baja autoestima puede llevar a sentimientos de apatía, aislamiento, poca capacidad de amar y pasividad, mientras que la alta autoestima se relaciona con personas que se encuentran involucradas en vidas más activas, con sentimientos de control sobre las circunstancias, menos ansiosas y con mejores capacidades para tolerar el estrés interno o externo; son menos sensibles a las críticas, suelen tener mejor salud física, disfrutan de sus relaciones interpersonales y valoran su independencia.

Esta prueba permite la percepción del estudiante en cuatro escalas, además de una de mentira: autoestima general, social, hogar y padres, y escolar-académica.

- Autoestima general: es el nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas autodescriptivas.
- Autoestima social: es nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas autodescriptivas en relación con sus pares.
- Autoestima hogar y padres: se refiere al nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas autodescriptivas en relación con sus familiares directos.
- Autoestima escolar-académica: se refiere al nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas autodescriptivas en la relación con sus profesores.

El inventario de Autoestima de Coopersmith (SEI) es citado con mayor frecuencia. El SEI ha sido utilizado y validado en un mayor número de investigaciones transculturales demostrando siempre buenas propiedades psicométricas (Brinkmann y Segure; 1988).

El último instrumento referido es el Test de autoestima escolar (TAE), el cual es una prueba que permite evaluar el nivel de autoestima de niños de 8 a 13 años en educación básica desde el tercero hasta el octavo año. La prueba permite detectar el nivel de autoestima normal, baja y muy baja en niños alumnos de educación general básica (Marchant y cols.; 2005).

En este tipo de procedimiento se evalúa la autoestima a través de vías complementarias: el TAE-ALUMNO, que es una prueba orientada a evaluar la

autoestima a través de un autorreporte, diseñada para niños de 3° a 8° básico. El tiempo de aplicación de la prueba es entre 15 y 20 minutos; y el TAE-PROFESOR, que es un instrumento de inferencia por medio de la conducta observada, que debe ser respondido por el profesor jefe para los estudiantes que se deseen evaluar. Según el conocimiento que tenga el profesor del alumno, su aplicación puede variar entre diez y 20 minutos.

El tiempo de administración varía de acuerdo con la edad y el grado de dominio del lector. El test está compuesto por 23 afirmaciones frente a cada una de las cuales el niño debe contestar sí o no, dando un resultado único, ya que no tiene subescalas.

Para evaluar cada afirmación, se le da un punto por cada respuesta positiva y cero puntos por cada respuesta que indique baja autoestima. De esta forma, el sujeto podrá obtener un puntaje que va de 0 a 23 puntos, en la medida en que el resultado se acerque al máximo, será mejor la autoestima del sujeto evaluado, y será baja mientras más cerca de 0 puntos esté.

En conclusión, la autoestima puede tener un papel muy importante sobre cómo se siente una persona, es decir, la medida en que las personas disfrutan las situaciones o se preocupan por ellas. Desde la infancia hasta la adultez, los individuos tienen una imagen, que será reforzada de manera positiva o negativa, dependiendo de entorno en que se encuentren.

CAPÍTULO 2

TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Desde fechas muy antiguas hasta la fecha, los trastornos alimentarios han sido tema de controversia para la sociedad y de vital importancia para muchos investigadores. En este capítulo, se abordarán subtemas que describen la manera en que se generan estos trastornos con sus características físicas, cognitivas y psicológicas.

2.1 Antecedentes históricos de la alimentación

“Desde la antigüedad, en la historia de nuestra cultura encontramos conductas alimentarias desordenadas” (Jarne y Talarn; 2000:141).

En la cultura cristiana, la restricción alimentaria estuvo asociada a un simbolismo religioso, es decir, los primeros cristianos y los místicos practicaban el ayuno como una penitencia, expresión del rechazo del mundo y medio para conseguir un estado espiritual más alto (Jarne y Talarn; 2000).

No todos los casos de anorexia que se presentaban, se trataban precisamente de una vida de penitencia y sacrificio, sino que se describieron algunos con implicación clínica en sí mismos.

Como se muestra a continuación, en 1667, Marthe Taylor, “una joven de Derbyshire, presentó un cuadro de inanición que despertó la curiosidad de la gente, ya que Marthe presentó también amenorrea, restringiendo todavía más la alimentación y vomitando lo poco que comía” (Jarne y Talarn; 2000:142).

En 1873 Gull, en Londres y Lassege, en París, hicieron descripciones completas de cuadros anoréxicos, muy parecidos a los que se realizan actualmente, las primeras teorías sugerían una afección con origen panhipopituitario. Desde los años setenta se tiene una visión más pragmática sobre el problema, ya que se considera que en el origen de este trastorno pueden confluír diversos factores encadenados, psicológicos, biológicos y sociales (Jarne y Talarn; 2000).

Rusell en 1979, describió un cuadro caracterizado por episodios de ingesta voraz y conductas de purga, que consideraba vinculado a la anorexia nerviosa, y la denominó bulimia nerviosa, que según este investigador, sería una forma ominosa de la evolución de la anorexia (Jarne y Talarn; 2000).

2.2 Definición y características clínicas de los trastornos alimentarios.

En los últimos años se ha generado un enorme cambio en cuanto a la concepción de la belleza en hombres y mujeres, más en estas últimas, en el mundo de occidente, por la preocupación de su peso.

En este subtema se hablará acerca de los diferentes tipos de trastornos alimentarios que una persona puede presentar.

A continuación se presenta una definición de estos, para su mejor comprensión.

Se entiende por trastornos alimentarios “aquellas alteraciones en las que efectivamente, la conducta alimentaria está alterada, pero fundamentalmente como consecuencia de los dramáticos intentos que las pacientes hacen por controlar su peso y su cuerpo” (Belloch y cols.;1995:532).

2.2.1 Anorexia nerviosa

Las características esenciales de la anorexia nerviosa consisten “en un deseo intenso de pesar cada vez menos, gran miedo a estar obesa, los pacientes se ven más gordos de lo que están en realidad” (Jarne y Talam; 2000:150).

Cuando la anorexia nerviosa comienza en la niñez o en las primeras etapas de la adolescencia, es probable que haya falta de aumento de peso (APA;2002).

Según en DSM IV, para detectar a una persona con anorexia nerviosa se tienen que presentar los siguientes síntomas: “rechazo a mantener el peso corporal igual, miedo intenso a ganar peso, alteración en la percepción del peso o silueta corporales, y en las mujeres presencia de amenorrea.” (Jarne y Talam; 2000: 151). La alteración

en la percepción se refiere a que las personas tienden a verse más gordas de lo que en realidad están.

En este mismo rubro, se encuentran dos tipos de anorexia nerviosa: el primero es el restrictivo, el cual indica que durante el episodio de anorexia nerviosa, generalmente el individuo no recurre a grandes ingestas o a purgas; en el segundo, el purgativo, sí se recurre a ingestas y a purgas (Jarne y Talam; 2000).

Continuando con los tipos, el DSM IV describe que en el tipo restrictivo, “la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso” (APA; 2002:554).

Por otra parte, en los de tipo purgativo, las personas “recurren al vómito, o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de manera excesiva” (APA; 2002:555).

Una de las características clínicas de la anorexia nerviosa es la “distorsión de la imagen corporal, en muchas adolescentes se retrasa su desarrollo sexual” (Belloch y cols.; 1995:535).

“Según el CIE-10 las personas con anorexia presentan pérdida significativa de peso que está originada por el mismo enfermo que evita el consumo de alimentos; distorsión de la imagen corporal, trastorno endocrino que se manifiesta en la mujer como amenorrea y en el hombre como pérdida de interés y potencia sexual; en la pubertad se detiene el crecimiento, en las mujeres no se desarrollan las mamas y se

presentala amenorrea primaria, y en los hombres persisten los genitales infantiles.”
(Jarne y Talarn; 2000:152).

2.2.2 Bulimia nerviosa

“El síndrome bulímico es un trastorno que se caracteriza por un modelo de alimentación anormal, con episodios de ingesta voraz seguidos por maniobras para eliminar las calorías ingeridas” (Jarne y Talarn; 2000:164).

De igual modo, “la alimentación puede estar restringida o tener ciclos de grandes ingestas y vómitos... Este trastorno presenta mayor incidencia entre las mujeres occidentales, de 19 a 25 años pertenecientes a cualquier nivel sociocultural” (Jarne y Talarn; 2000: 164).

Para entender los siguientes párrafos, es importante definir previamente el término atracón: se entiende “como el consumo a lo largo de un periodo corto de tiempo, de una cantidad de comida muy superior, a la que la mayoría de los individuos comerían, generalmente se trata de dulces y alimentos con alto contenido calórico” (APA; 2002:559).

Los criterios diagnósticos que presenta el DSM IV para la bulimia nerviosa son los siguientes:

Presencia de atracones, la cual se caracteriza por “ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo” (referido por Jarne y Talam; 2000: 165).

Las conductas compensatorias inapropiadas que consisten en tener: “repetidas provocaciones de vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo, estos se pueden presenten al menos dos o tres veces por semana durante un periodo de tres meses” (Jarne y Talam;2000: 165).

Una autoevaluación de manera exagerada, es decir, que la persona cada vez se está exigiendo más por su apariencia y silueta corporal.

“Los individuos con este trastorno, pueden estar sin comer uno o más días, o realizar ejercicio físico intenso en un intento por compensar el alimento ingerido durante los atracones” (APA;2002:560).

Como ya se mencionó en la anorexia nerviosa, en la bulimia nerviosa también existen estos dos tipos: purgativo y no purgativo.

En el primero, “el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso, y en el segundo el individuo emplea otras conductas compensatorias inadecuadas, como el ayuno o ejercicio intenso, este último no recurre al vómito, ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso” (Jarne y Talam; 2000:165).

2.2.3 Obesidad

“A diferencia de la anorexia y bulimia nerviosa, esta no se considera un trastorno psiquiátrico. La obesidad consiste en una acumulación excesiva de grasa corporal” (Jarne y Talarn; 2000: 143).

Finalmente, las consecuencias físicas de la obesidad son importantes, ya que los individuos con sobrepeso son más propensos a presentar alteraciones médicas, como hipertensión, diabetes, gota o insuficiencia respiratoria (Jarne y Talarn; 2000).

2.2.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas

Esta condición “se refiere a la ingesta excesiva como una reacción a acontecimientos estresantes” (Castillo y León; 2005: 225). Diversas circunstancias complicadas en la vida de una persona, como duelos, accidentes e intervenciones quirúrgicas, pueden producir una obesidad reactiva, recibe también el nombre de hiperfagia psicógena.

2.2.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas.

Aparecen “En el embarazo, en donde los factores emocionales pueden facilitar la aparición de vómitos repetidos, no autoprovocados, en cuadros disociativos” (Castillo y León; 2005:225).

2.2.6 Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia

“El CIE-10 hace referencia a un trastorno que se presenta por lo general, en la infancia y en la niñez, la característica fundamental, es que el niño rechaza los alimentos o presenta conductas muy caprichosas, que se alejan bastante de lo que es una conducta alimentaria normal y lo hace frente a su cuidador habitual” (Castillo y León; 2005: 225). Por lo tanto, se presenta, “si el niño tiene una tendencia clara a ganar o perder peso, en un periodo de al menos un mes” (Castillo y León; 2005: 226).

A continuación se explican algunos de los trastornos asociados a la conducta alimentaria.

- 1) Rechazo alimentario, el cual consiste en un síntoma que puede aparecer en múltiples patologías y una de ellas puede ser la anorexia nerviosa. En sus primeras etapas, el paciente no pierde el apetito pero rechaza la comida, es muy difícil detectar este trastorno, ya que, se puede pasar por desapercibido al poner pretextos; un paciente psicótico, por ejemplo, puede decir que la comida tiene veneno (Castillo y León;2005).

- 2) Otro trastorno es llamado pica o alotriofagia, consiste en que “el sujeto ingiere de forma persistente sustancias no nutritivas, por ejemplo la tierra o pintura” (Castillo y León;2005:226). Se considera una conducta anormal cuando aparece después de los 18 meses, mientras que en la adultez puede presentarse con sujetos afectados de psicosis, retraso mental y en demencias (Castillo y León; 2005).

- 3) Rumiación o mericismo: “este trastorno es poco frecuente y aparece entre los tres y doce meses. Consiste en la regurgitación repetida de la comida ingerida, puede aparecer en niños con retraso mental, o trastorno generalizado del desarrollo” (Castillo y León; 2005:227).
- 4) La potomanía, por otra parte, se trata de la ingesta excesiva de líquidos, habitualmente agua, que se puede encontrar en los pacientes con anorexia nerviosa, ya que el objetivo de tomar demasiada agua, es inducir la saciedad y así no alimentarse (Castillo y León; 2005).
- 5) Trastornos de la conducta alimentaria no especificada: son aquellos que no cumplen todos los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica, pero que sí presentan algunos. Por ejemplo, en ciertas mujeres se cumplen los criterios de anorexia nerviosa, pero sus menstruaciones son regulares; el peso que se diagnostica en la anorexia nerviosa es generalmente bajo, pero aquí se encuentra en los parámetros normales. Se cumplen los criterios de bulimia nerviosa, pero los atracones y conductas compensatorias duran menos tiempo, también presentan el síntoma de tragar y expulsar la comida (Castillo y León; 2005).
- 6) El último trastorno, por atracón, se caracteriza por la aparición de atracones recurrentes, perdiendo el control, sin conductas compensatorias; mientras sucede esto, experimentan culpabilidad, malestar con sensación de

disgusto e incluso depresión, el sujeto come de forma rápida, sin hambre (Castillo y León;2005).

2.3 Esfera oroalimenticia en el infante

Se refiere al momento, en que el recién nacido empieza a experimentar el placer, por medio de las zonas que rodean el orificio bucal, es decir, la boca, esto lo hace al succionar, en el momento que recibe el alimento de la madre.

Es muy importante esta etapa, ya que, el infante recibe a muy temprana edad, la relación con el mundo externo, aunque para él solo exista la madre como fuente de alimento.

2.3.1 Organización oroalimenticia

Cuando el niño toca el seno materno de la madre, tiende a repetir esta acción y lo hará cuando tenga hambre, no cuando esté saciado (Ajuriaguerra; 1973).

Cuando pasa por este momento el recién nacido, su conducta infantil ante el pecho materno pasa por diversas fases:

“A los ocho días el niño responde a señales que son: sensibilidad profunda y equilibrio” (Ajuriaguerra; 1973:179), es decir, que al abrazarlo de manera horizontal, el

infante, ya sea hombre o mujer, automáticamente gira la cabeza hacia el lado del pecho materno.

“Hasta el segundo mes de vida, el niño solo conoce la señal de comida cuando tiene hambre... hasta los tres meses reacciona ante la presencia del adulto, que se acerca al llorar porque tiene hambre” (Ajuriaguerra; 1973: 179); después, el niño verá a los ojos a la madre mientras es alimentado, de igual manera, sentirá un lazo fuerte de unión.

Después, aparte de cubrir la necesidad de haberse alimentado, el niño presentará la sensación de placer en su boca y labios, aunque no vaya acompañada de comida (Ajuriaguerra; 1973), es por esto que empieza a succionarse el dedo para sentir dicho placer, cuando no se está alimentando.

Los niños, al nacer, están dotados de elementos necesarios para comportarse ante el alimento, estos elementos pueden ser instintivos, es decir, naturales y otros son adquiridos, esto es, aprendidos (Ajuriaguerra; 1973).

Se puede deducir que el comportamiento oroalimenticio, constituye la base misma de la relación objetal al comienzo de la vida infantil ya que, este comportamiento desempeña un papel crucial en la reacción oral, ya que mediante el acto de amamantar la madre transfiere seguridad y comodidad (Ajuriaguerra; 1973).

2.3.2 Alteraciones en la esfera oroalimenticia

Respecto a la esfera oroalimenticia, enseguida se exponen las anormalidades más comunes.

La anorexia esencial precoz puede aparecer el primer día o durante las primeras semanas de vida; se da en niños de poco peso, nerviosos y muy despiertos, que al principio muestran una pasividad ante la comida y en unos meses se muestran desinteresados ante ella (Ajuriaguerra; 1973).

Por otra parte, “la anorexia del segundo semestre, es más frecuente; aparece entre el quinto y octavo mes, al suprimirse paulatinamente la leche e ir diversificando el régimen” (Ajuriaguerra; 1973:185).

En esta etapa, se señalan dos tipos de anorexia en el comportamiento ante la comida: la primera es la inerte, que se refiere a cuando el niño no tiene iniciativa, no coopera, a veces ni siquiera ingiere el alimento y se le escapa la leche por los labios, o bien, vomita la poca que haya podido tomar; la segunda es la anorexia de oposición, que es cuando el menor reacciona a la comida con chillidos, agitación, falta de voluntad para comer, rechazo y vómitos (Ajuriaguerra; 1973).

“Los casos de anorexia más graves casi siempre responden a un conflicto, en la relación con la madre” (Ajuriaguerra; 1973:186).

La anorexia de la segunda infancia suele seguir a la primera, pero también suele darse en niños que se han alimentado con normalidad en su primer año; representa una oposición a la rigidez paterna, es decir, la obligación de mantener el mismo horario de comida que los adultos, o bien elegir caprichosamente la comida (Ajuriaguerra; 1973).

2.4 Perfil de las personas con trastorno de alimentación.

No es posible realizar un perfil de una persona, que se encuentra en riesgo de desarrollar un trastorno de la alimentación, ya que el problema se detecta cuando ya se está presentando.

Sin embargo, a continuación se presentan características individuales y familiares que manifiestan las personas con un trastorno de alimentación, con el fin de proporcionar claridad a la temática.

Una de las particularidades más comunes la representan los problemas con la autonomía, se refiere a que “estos jóvenes viven muy dependientes de lo que otros esperan de ellos, de cumplir los ideales de los padres y de darles satisfacción a los demás” (Costin;2003: 72), esto les genera inseguridad.

“El grado en que el individuo se acepte así mismo, es conocido como autoestima” (Costin;2003: 74); entre menos parecida se perciba el sujeto con respecto al ideal de sí mismo, más baja estará su autoestima, “esto se refiere a un déficit en

dicha característica, la persona trata de juzgarse a sí misma desde las apariencias y desde lo que los demás consideran valioso, hará que la figura corporal, cobre esencial importancia con formas de lograr elevarla” (Costin; 2003:75).

El camino a la perfección y el autocontrol, se refiere a los jóvenes que sienten sufrimiento y sensación de ineficacia, esto los hace ser muy exigentes, al punto de que nunca es suficientemente satisfactorio lo que hacen; en caso de sentir que no logran la perfección en algo, entonces ni siquiera lo intentan.

Esta percepción también se orienta al peso corporal, es decir, a cualquier costo quieren tener el peso ideal y la silueta perfecta. Este perfeccionismo refuerza la sensación de inseguridad, porque exige no fallar (Costin; 2003).

Otra característica es el miedo a madurar, en este sentido, los trastornos de la alimentación se desarrollan por lo general en la pubertad, pasando por la adolescencia hasta la juventud, ya que en estas etapas, los individuos pasan por diversos cambios físicos, psicológicos, sexuales, emocionales y sociales, sin embargo, los jóvenes siguen comportándose como niños, por el temor a crecer y a manejar su independencia (Costin; 2003).

En general, los jóvenes que padecen estos trastornos, pasan por una serie de situaciones como cambios de escuela, amigos, residencia y relación con los padres, que les generan inseguridades y los llevan a realizar actos de perfeccionismo; lo más

dañino y frustrante es que la persona con trastornos del comer, no logra nunca ese control por el que lucha tanto.

2.5 Causas del trastorno alimentario.

“Existen diferentes factores que inciden para que finalmente alguien tenga un trastorno de alimentación, pero ninguno de ellos es en sí mismo suficiente, se necesita de una combinación” (Costin; 2003:51).

Para entender este tema se definirá el termino predisponer para una mayor comprensión. Se entiende como “preparar con anticipación una cosa o el ánimo para un fin” (Costin; 2003:52).

Se encuentran tres grupos de elementos predisponentes: socioculturales, familiares e individuales, que preparan el ánimo de una persona, los cuales se mencionan en el siguiente apartado.

2.5.1 Factores predisponentes individuales.

El aprendizaje, las creencias, actitudes y la constitución psicofisiológica de la persona, son factores individuales que influyen en la conducta de la alimentación.

Todos estos factores juegan un papel muy importante en la conducta alimentaria de una persona, ya que la comida forma parte de una tradición, es decir, es símbolo de identidad, haciendo que las personas tengan algo en común. También puede ser vista como una actitud, en función de que para muchas personas la alimentación es muy importante, al relacionarse con un bienestar físico, ya que, “simboliza fuerza, competencia atlética, salud y el éxito” (Ogden; 2005:65).

“La comida es sinónimo de estatus, prestigio y riqueza, es un medio de comunicación y de relaciones interpersonales o una expresión de hostilidad, de amistad, afectiva, buena vecindad, comodidad y simpatía en momentos de tristeza o peligro” (Ogden; 2005).

A continuación se describe un sistema de clasificación de la comida:

Comida frente a no comida: “delimita las cosas que son comestibles y las que no son” (Ogden; 2005: 65), por ejemplo, mientras un pollo es comestible para muchas personas, un gusano raramente lo será.

Comidas sagradas frente a comidas profanas: “distingue entre las comidas validadas por las creencias religiosas y las que no lo son” (Ogden; 2005: 65), es decir, que para algunas culturas cierto animal puede ser sagrado y no se pueden alimentar de él, mientras que en otras es normal.

Clasificaciones de comidas paralelas: “indican que los alimentos pueden calificarse como calientes o fríos. En este contexto la salud equipara al equilibrio, entre los alimentos fríos y calientes, las enfermedades frías son tratadas, con alimentos calientes y viceversa, y no depende de su temperatura, sino del valor simbólico que se le adjudica cada cultura” (Ogden; 2005:66).

Comida como medicina, medicina como comida: “describe la separación y el solapamiento entre comida y medicina” (Ogden; 2005: 66), es decir, que en algunas enfermedades ciertos alimentos se evitan, mientras que en otras son recomendados el consumirlos para aliviar el padecimiento.

Comidas sociales: “describe la función social de la comida, ya que, puede entenderse como forma de afirmar y desarrollar relaciones” (Ogden; 2005: 66).

A continuación se describe el significado que se le da a la comida.

- La comida como afirmación del yo: “facilita la información sobre la identidad personal y actúa como una comunicación de necesidades internas, conflictos internos y el sentido del yo” (Ogden; 2005:67).
- Comida y sexualidad: “se refiere a que algunos alimentos se relacionan con el sexo y la sexualidad” (Ogden; 2005: 67), por ejemplo, las comidas afrodisiacas

para despertar los impulsos sexuales, o el chocolate, que es relacionado con el placer.

- Comer frente a la negación la comida: “también es un foro para muchos conflictos intrapersonales, ya que se produce un conflicto entre comer y no comer” (Ogden; 2005: 69), esto se puede explicar cuando las personas quieren tener o llevar una completa salud, eliminan de su alimentación diaria las comidas que creen que les hacen daño.
- Culpabilidad frente al placer: “describe que algunos alimentos como el chocolate, los pasteles, se asocian también con un conflicto entre placer y culpabilidad” (Ogden; 2005:70), es decir, existe una paradoja entre el placer de haberlo comido y lamentar haberlo hecho. Esto provoca, tras su consumo, sentimientos de vergüenza y una sensación de complejo.
- La comida y el autocontrol: la primera representa la pérdida de control o un autocontrol, Ogden (2005) sostiene que durante las últimas décadas, la dieta se ha convertido en el recurso perfecto para el autocontrol.
- La comida como interacción social: “en particular la comida es un instrumento corriente de comunicación en la familia, con frecuencia el comedor es el único lugar en el que esta se reúne. Además los tipos de alimentos que se toman y

la forma de cocinarlos pueden crear un sentido de identidad” (Ogden; 2005:73).

- La comida como amor: “para apaciguar a los niños y mantener la armonía, con frecuencia se utilizan alimentos dulces. También se concluye que los alimentos sanos y sabrosos son signo del amor familiar y de la determinación de agradar y satisfacer a los distintos miembros de la familia”(Ogden; 2005:73).
- Salud frente al placer: “significa que algunas comidas saludables pueden generar conflictos entre los miembros de una familia. Como decía Lawrence (1984), un alimento bueno y nutritivo es lo que todas las madres saben que necesitan sus hijos, deles comida basura y la querrán mucho, sin embargo, tendrá que vivir con la culpa por sus dientes, su peso, sus vitaminas” (Ogden; 2005:74).
- La comida que refleja relaciones de poder: esto se ve reflejado en la familia. “En épocas anteriores los hombres consumían más cantidad de comida que las mujeres ya que el hombre era el dominante en muchos grupos” (Ogden; 2005:74).
- La comida como identidad cultural: “es una forma de comunicación sobre la identidad de una persona y está en otros contextos” (Ogden; 2005: 75).

- La comida como identidad religiosa: “en muchas culturas se cocina de manera diferente, de acuerdo con las costumbres, pueden realizarse ritos” (Ogden; 2005: 76).
- La comida como poder social: es decir, “que la comida es también un símbolo de *status* social, las personas poderosas comen bien y son alimentadas bien por otros; de forma paralela, el rechazo de la comida sirve también para recuperar también el control del mundo social” (Ogden; 2005:77).

2.5.2 Factores predisponentes familiares

Este subtema tratará los factores familiares comunes que dan origen a un trastorno de alimentación.

“A veces se dice que las familias con poca comunicación entre sí, con una interrelación pobre, son causantes del desarrollo de un trastorno del comer en uno de sus miembros” (Costin; 2003:79).

Las características o rasgos familiares, como ya se mencionó anteriormente, también son difíciles de detectar, ya que se observa el trastorno cuando ya está instalado en la persona.

Se han identificado características familiares comunes, que se mencionarán, sin intención de manifestar que las familias con estos rasgos necesariamente van a producir un trastorno alimentario (Costin; 2003).

“Escasa comunicación entre sus miembros, incapacidad para la resolución de conflictos que se presentan, sobreprotección por los padres, rigidez y falta de flexibilidad para encarar las situaciones nuevas, ausencia de límites generacionales, expectativas demasiado altas de los padres por los hijos, historias familiares que incluyen depresión, alcoholismo y existencia en el seno de la familia abuso sexual o físico” (Costin; 2003:81).

2.5.3 Factores predisponentes socioculturales

En lo que concierne a este rubro, “el contexto sociocultural premia la delgadez y tiene prejuicios contra la gordura” (Costin; 2003:59).

“Los trastornos de la alimentación, son típicos de las sociedades industrializadas del mundo occidental, son propios de las clases media y alta, en estas últimas décadas se espera que la mujer considere la belleza y la delgadez como sinónimos y que crea, que el éxito es inversamente proporcional al peso: cuantos menos kilos, más logros” (Costin; 2003:60).

En este orden de ideas, “la persona que sufre de un trastorno de alimentación llega a estar tan obsesionada con la comida y el comer, que dispone de poco o nada

de tiempo para pensar estar bien y mucho menos tiene las condiciones de estabilidad emocional mínimas, para tener un buen desempeño en su actividad laboral, escolar o social” (Costin; 2003: 61).

En el mismo sentido, “la sociedad comunica claramente que el papel más importante de la mujer es ser atractiva físicamente. Además, el atractivo está ligado al mantenimiento de una apariencia juvenil, es decir, tampoco está permitido crecer, madurar y envejecer naturalmente al ritmo que la vida requiere para ser vivida” (Costin; 2003: 61).

Actualmente, se espera que la mujer aparte de tener un cuerpo perfecto, sin duda deba desarrollar una carrera brillante, debe construir un matrimonio perfecto y debe ser una madre perfecta” (Costin; 2003:62), esto ejerce una presión social para tener que ser una súper mujer.

“Así es como el peso se convierte en el área sobre la que si van a poder ejercer el dominio exigido. Una vez que se embarcan en esta lucha, ya no caben dudas: una buena figura traerá el éxito al campo profesional y social, en el matrimonio en el ejercicio de la maternidad, todo el mundo las va a querer, a aprobar” (Costin; 2003:63).

Para terminar, se revisaran algunos prejuicios que inducen a la confusión en relación con el control de peso.

“Se tiene la idea de que los obesos lo son, porque comen más que los no obesos, cuando en realidad no es así” (Costin; 2003:67).

De igual modo, se cree que los obesos tienen más problemas psicológicos que los no obesos, aunque se ha demostrado que el factor de la obesidad, en sí mismo, no produce ni más ni menos problemas emocionales. Se piensa también que la obesidad, aun moderada, está asociada con un incremento de la mortalidad, sin embargo, se ha demostrado que la mayor mortalidad se produce en mujeres de bajo peso.

2.6 Percepción del cuerpo en el trastorno alimentario

“La imagen corporal se define como la representación diagramática del propio cuerpo en la conciencia” (Jarne y Talarn; 2000:144).

Como consecuencia, “se perfilan así, dos aspectos que forman la imagen corporal: uno cognitivo, asociado a la percepción del propio cuerpo, y el otro emocional, unido al sentimiento que ello provoca” (Jarne y Talarn; 2000:144).

Otra definición de imagen corporal la delimita como un “cuadro de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente” (Ogden; 2005:97).

En este orden de ideas, “Una faceta de la imagen corporal es la insatisfacción corporal, esta adopta muchas formas. Se ha conceptualizado como una estimación

deformada del tamaño corporal y una percepción de que el cuerpo es más voluminoso de lo que es en realidad” (Ogden; 2005:98).

En el mismo tenor, “convencionalmente, las preocupaciones por el peso y la forma corporal se asocian con las mujeres, ya que la mayoría de las mujeres preferirían que el pecho fuese más voluminoso y que las piernas, el estómago, las nalgas y la forma del cuerpo, en general lo fuesen menos” (Ogden; 2005: 91).

Por otro lado, “en comparación con las mujeres, los hombres presentaron insatisfacción corporal, los hombres preferirían que sus brazos, pecho y espalda fuesen más voluminosos; que su estómago y el cuerpo en general lo fuesen menos. Manifiestan satisfacción con los brazos, espalda, pecho y estómago” (Ogden; 2005:102).

De manera general, “existen factores de insatisfacción corporal sociales y psicológicos. Los primeros hacen referencia a los medios de comunicación, pueden anunciar objetos relacionados con el volumen corporal, las mujeres que utilizan los medios de comunicación, suelen ser delgadas y por lo tanto, se nos inculca que la delgadez es la norma deseada” (Ogden; 2005:106).

También hay una fuerte influencia por parte de la cultura, la cual presta su atención al carácter étnico y su clase social. Aquí puede surgir cuando un individuo intenta converger, cuando se relaciona con un grupo étnico o con una clase social (Ogden; 2005).

Así como la cultura es un factor predisponente para este trastorno, la familia también lo es. “En particular, se ha destacado el papel de la madre e indicado, que las madres descontentas de su propio cuerpo comunican esa sensación a sus hijas, lo que las lleva a esta insatisfacción corporal” (Ogden; 2005:107).

En el mismo sentido, “la consecuencia más común de la insatisfacción corporal, es el sometimiento a un régimen alimentario, en aquellas que hacen ejercicio, el elemento motivador primordial del ejercicio era mejorar el tono muscular y perder peso, más que la salud... Asimismo, las mujeres que están insatisfechas con el aspecto que presentan, recurren a la cirugía estética” (Ogden; 2005: 111).

Por último, se concluye este respecto que “la insatisfacción corporal es una imagen deformada del cuerpo, en comparación con una medida objetiva de la realidad, una diferencia entre el volumen corporal real percibido y el ideal(Ogden; 2005:113).

2.7 Factores que mantienen los trastornos alimentarios

En este apartado, se revisa cómo las prácticas de control de peso y obsesiones con las dietas, dejan de ser una solución al problema, para convertirse justamente en el principio que lo mantiene (Costin; 2003).

La dieta es el factor perpetuante por excelencia, ya que la alimentación tiene complicaciones de orden fisiológico, psicológico, cognitivo y social, como las descritas a continuación.

“Las transformaciones físicas producen cefaleas, hipersensibilidad a la luz, a los ruidos, molestias gastrointestinales, problemas de visión y auditivos, adormecimiento de miembros, calambres, pérdida de cabello, poca tolerancia a los cambios de temperatura, cambios cardiológicos, interrupción de la menstruación de mujeres y debilidad muscular” (Costin; 2003:100).

Las transformaciones anímicas (psicológicas), por otra parte, se basan en que las personas lo describen como un bajón en general en el estado de ánimo, se detectan signos de intolerancia e irritabilidad, comportamientos autodestructivos y cambios abruptos del humor, el grado de apatía aumenta (Costin; 2003).

En cuanto al orden cognitivo, se encuentra la falta de concentración, de comprensión, dificultades en el estado de alerta y en lo social, los sujetos presentan aislamiento e incomodidad en la interacción con otros (Costin; 2003).

2.8 Trastornos mentales asociados a los trastornos alimentarios

“Los trastornos de la conducta alimentaria suelen estar asociados con otros problemas psiquiátricos, también es frecuente que se diagnostiquen trastornos de

personalidad comórbida a las personas con trastornos de la conducta alimentaria” (Butcher y cols.; 2007:306).

A continuación se hace una relación de los trastornos mentales con los alimentarios.

- 1) Trastorno de la alimentación en la esquizofrenia: “Una de las principales características, es el rechazo absoluto de alimentación, que en ocasiones se observa en pacientes catatónicos. La falta de contacto con el medio que caracteriza este trastorno, conduce a su negatividad a ingerir alimentos” (Jarne y Talarn; 2000:145).
- 2) Trastorno de la alimentación en la depresión: “En la mayoría de los casos se observa una disminución de la ingesta, pero a veces se evidencia una ingesta excesiva” (Jarne y Talarn; 2000:146).
- 3) Trastorno de la alimentación en la manía: “Los pacientes pueden pasar mucho tiempo sin tener la necesidad de alimentarse o por el contrario, solicitar una gran cantidad de comida, aunque la ingesta sea normal y no hagan uso de ella” (Jarne y Talarn; 2000:146-147).
- 4) Trastorno de la alimentación en las fobias: “Solo las fobias referidas específicamente a los alimentos o al acto de deglución, se relacionan con los trastornos alimentarios. El sujeto, a partir de una experiencia traumática,

desarrolla un cuadro fóbico, en el que aparecen las conductas de evitación” (Jarne y Talam; 2000: 147).

- 5) Trastorno de la alimentación en la ansiedad: Este trastorno suele causar pérdida de apetito de moderada intensidad; en otros casos, cuando el enfermo ha vinculado ingestas fuera de las horas habituales, con el tiempo se establecen hábitos alimentarios incorrectos (Jarne y Talam; 2000).
- 6) Trastorno de la alimentación en el trastorno obsesivo-compulsivo: “Se puede observar en ocasiones, una forma de alimentación particularmente lenta, en la que se escogen los alimentos con una especial meticulosidad” (Jarne y Talam; 2000:148).

2.9 Tratamiento de los trastornos alimentarios

“La mayoría de los autores coinciden en la multideterminación de esta enfermedad, en la cual convergen factores sociales, culturales, familiares, del desarrollo, individuales y biológicos... El tratamiento efectivo requiere que se realicen cambios en varias áreas” (Rausch; 1997:61, 63).

A continuación se presenta una breve descripción de estos procesos terapéuticos.

La normalización de la dieta y los hábitos alimenticios, son un paso fundamental en el proceso terapéutico. En segundo lugar se tienen que resolver los problemas psicológicos familiares y sociales, que a continuación se mencionan en dichos tratamientos.

“Un programa de tratamiento de la anorexia nerviosa, tiene como objetivo la recuperación ponderal. El tratamiento ponderal es definido como la rehabilitación nutricional y normalización dietética, corrige las secuelas físicas y psicológicas que la malnutrición perpetúa” (Jarne y Talarn; 2000:159).

El tratamiento psicológico incluye la psicoterapia de refuerzo, las técnicas de relajación y las sesiones psicoeducativas, que facilitarán que la paciente no vea el programa conductual como excesivamente coercitivo, pensando únicamente que está ingresada para ganar peso.

“La mayoría de los clínicos, incluyen alguna forma de terapia conductual en el tratamiento del paciente, que se basa en el control de un comportamiento observable, a través de los estímulos que le preceden o le siguen”(Rausch; 1997:65).

Stunkard, en el año 1972, lo describió “como un nuevo tratamiento para los trastornos de alimentación, y desde entonces, varios investigadores han informado resultados sorprendentes con el condicionamiento operante... Un desarrollo trascendente de lo anterior, es el modelo cognitivo-conductual, este enfoque relaciona el pensamiento, emoción y comportamiento manifiesto; el tratamiento consiste

básicamente en hacer que el paciente examine la validez de sus creencias en el presente” (Rausch; 1997: 66).

Por otra parte, “en cuanto al modelo sistémico, su objetivo es modificar la estructura familiar disfuncional, que organiza las transacciones de sus miembros, a lo largo del tratamiento se utilizan intervenciones estratégicas y conductuales, que son auxiliares del objetivo de la modificación de la estructura, con el fin de permitir el desarrollo de cada uno de sus integrantes” (Rausch; 1997:66).

Asimismo, desde hace varios años, distintos autores han resaltado la importancia de la terapia familiar en el tratamiento de la anorexia nerviosa, en cuanto a que es un modelo de tratamiento poderosamente eficaz. Considerar a la familia puede contribuir a mitigar los síntomas y promover salidas más saludables para el paciente y los otros miembros; el punto de partida de la terapia familiar es concepto de familia como sistema biopsicosocial.

Los autores destacan que la estabilidad en la asistencia, es algo necesario para el éxito en cualquier terapia. A continuación se presentan dos tipos de tratamiento vigentes: farmacológico e internación.

El empleo de fármacos para el tratamiento de la anorexia, tiene pocos efectos benéficos, por lo que se ha limitado su uso. En la mayoría de los casos el objetivo es el aumento de peso, pero con estos fármacos, pueden aparecer otros síntomas y generarse nuevos trastornos.

Todos los autores coinciden en la mejoría de los síntomas depresivos cuando mejora la desnutrición. Es por ello que la propuesta en general es aguardar la recuperación nutricional, antes de indicar este tipo de medicación (Rausch; 1997).

Por otra parte, cuando el tratamiento es ambulatorio, se establecen pautas sobre la actividad física, estudio, trabajo, vida social, cantidad de cuerdas que pueden caminar diariamente... en fin, todas las actividades deben ser analizadas cuidadosamente; por último, “para que el tratamiento se cumpla, se debe contar con el apoyo de la familia” (Rausch; 1997:81).

Como conclusión, se puede decir que los diferentes tipos de trastornos alimentarios, no pueden ser causados por un factor sino por diversos, que se entrelazan. Estos elementos, así como generan el desarrollo de una perturbación, pueden contribuir, de otra manera, para su bienestar.

Cabe mencionar que es muy importante analizar al individuo como un ser biopsicosocial, para proporcionar diferentes alternativas a los tratamientos y así brindar un bienestar total en el paciente.

Es por demás importante tomar en cuenta todos los cuidados desde que el pequeño nace, así como ir fortaleciendo los hábitos necesarios durante su infancia y años posteriores de su vida, para tener una adecuada alimentación y esto lo lleve a sentirse seguro y tener éxito en su vida.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Este capítulo contiene información en la cual se detallan los argumentos metodológicos que se utilizaron para esta investigación científica, que es llevada a cabo mediante el enfoque cualitativo. De igual manera, se explica la manera en que se procesaron los resultados para cumplir los objetivos metodológicos inicialmente planteados.

3.1 Descripción metodológica

Esta investigación se apoyó con el enfoque cuantitativo, por lo cual se utilizaron instrumentos estandarizados para obtener la información de campo necesaria.

3.1.1 Enfoque cuantitativo

En opinión de Hernández y cols. (2010: 7) “la investigación cuantitativa es secuencial y probatoria y cada etapa precede a la siguiente”.

El enfoque cuantitativo presenta las siguientes características: el investigador plantea un problema de un estudio delimitado y concreto, se realiza la revisión de literatura y se construye un marco teórico, se recolectan los datos para medir los fenómenos estudiados y se analizan mediante métodos estadísticos, se interpretan a

través de las hipótesis de la manera más objetiva posible y los resultados obtenidos se generalizan.

Esta investigación tiene como objetivo conocer la relación significativa que existe o no entre autoestima y trastornos alimentarios en los alumnos de cuarto, quinto y sextogrado de primaria. Esto implicó aplicar tests psicométricos a los alumnos: uno para medir la autoestima, llamado Test de Autoestima Escolar (TAE), y otro para medir el nivel de trastornos alimentarios, llamado Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2).

Con esto fue posible responder a la pregunta de investigación.

3.1.2 Investigación no experimental.

Según Hernández y cols. (2010), lo que se realiza en la investigación no experimental es observar los fenómenos, tal como se dan en su contexto natural, para posteriormente analizarlos. En este tipo de estudios no se genera una situación, sino que se observan las ya existentes, no provocadas intencionalmente en la investigación por quien la realiza.

3.1.4 Diseño de investigación transversal

Según Hernández y cols. (2010) los diseños de investigación transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado; pueden abarcar varios grupos o subgrupos de personas, objetos o indicadores, así como diferentes situaciones, comunidades y eventos.

En esta investigación se menciona una subclase de diseño de investigación, llamada trasversal, la cual consiste en recolectar datos en un solo momento, en un tiempo único.

En este caso, la investigación se realizó en abril de 2014 durante varios días, pero siguiendo el mismo procedimiento para la aplicación de los tests psicométricos.

3.1.2 Alcance correlacional

Según Hernández y cols. (2010) con frecuencia la meta del investigador consiste en describir fenómenos, situaciones, contextos y eventos, esto es, detallar cómo son y de qué manera se manifiestan.

“La utilidad principal de los estudios correlacionales es saber cómo se puede comportar un concepto o una variable al conocer el comportamiento de otras variables vinculadas. La correlación puede ser positiva o negativa; “si dos variables están

correlacionadas y se conoce la magnitud de la asociación, se tienen bases para predecir con mayor o menos exactitud” (Hernández y cols.; 2010:82).

Con este tipo de alcance se pretende saber si se encuentra o no una relación entre la autoestima y el nivel de trastornos alimentarios.

3.1.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

En teoría, una prueba estandarizada puede aplicarse a cualquier persona del tipo para el cual fue elaborado y el tiempo que se brinda para contestarlo; en ocasiones es flexible y en otras, no.

“Con la finalidad de recolectar datos, disponemos de una gran variedad de instrumentos o técnicas, tanto cuantitativas como cualitativas, es por ello que en el mismo estudio podemos utilizar ambos tipos.”(Hernández y cols.; 2010: 198)

Para esta investigación se utilizaron dos test psicométricos: “Escala de autoestima de Rosenberg – RSES” y “TAE ALUMNO”; cabe definir que estos son pruebas estandarizadas que se “caracterizan porque poseen uniformidad en las instrucciones para administrarse y calificarse, así como ciclos específicos de desarrollo y reconfirmación”.

El nivel de trastornos alimentarios se midió con el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2), diseñado por Garner (1998). Este instrumento está conformado por once escalas: obsesión por la delgadez, bulimia, ineficacia,

insatisfacción corporal, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, ascetismo, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, impulsividad e inseguridad social; el instrumento se integra por 91 reactivos a los que se contesta con una escala de seis puntos.

Y la variable autoestima se midió con el Test de Autoestima Escolar (TAE-ALUMNO) de Teresa Marchant y cols. (2005), el cual está compuesto por 23 afirmaciones a las cuales el niño contesta sí o no.

3.2 Descripción de la población y muestra

En este apartado se definen los conceptos de población y muestra; conjuntamente, se delimita cada uno de estos conjuntos y se indica el proceso que se realizó para su selección.

3.2.1 Delimitación y descripción de la población.

Para comenzar, se define el término población como “el conjunto de todos los casos que concuerdan con la serie de especificaciones”(Hernández y cols.; 2010:174).

Para esta investigación se trabajó con alumnos de la Escuela Primaria Emiliano Zapata, del turno matutino, localizada en la ciudad de Uruapan, Michoacán. El trabajo se realizó en el ciclo escolar 2013-2014.

Las características que comparten estos sujetos son: un nivel socioeconómico medio, su edad es de 8 a 13 años, todos nacidos en Uruapan, Michoacán, y viven en la misma colonia en que se ubica la escuela (Magisterial).

3.2.2 Descripción del proceso de muestreo

Fue un proceso no probabilístico e intencional, ya que la investigadora tomó a los alumnos de los grupos “A” y “B” de cuarto, quinto y sexto grado.

Este proceso no probabilístico es explicado en función de que “no es mecánico, ni con base en fórmulas de probabilidad, sino que depende del proceso de toma de decisiones de un investigador o de un grupo de investigadores y desde luego, las muestras seleccionadas obedecen a otros criterios de investigación” (Hernández y cols.; 2010:176).

Por otra parte, “la muestra es en esencia un subgrupo de la población. Digamos que es un subconjunto de elementos que pertenecen a ese conjunto definido en sus características al que llamamos población” (Hernández y cols.; 2010:175).

Como muestra, se trabajó con alumnos de grupos de cuarto, quinto y sexto grado de la Escuela Primaria Emiliano Zapata, en la ciudad de Uruapan, Michoacán. Conforman un total de 100 alumnos, integrados por 33 alumnos de cuarto, 34 de quinto y 33 de sexto grado. Se tomaron solamente alumnos de los grupos “B”, haciendo todas las aplicaciones después del receso.

3.3 Descripción del proceso de investigación

Esta investigación surgió a partir de la duda de la investigadora por conocer la situación en la que se encontraban los alumnos de la Escuela Primaria Emiliano Zapata, para comprobar si existe relación o no, de la variable autoestima con los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en estos alumnos.

Para comenzar, se pidió autorización al director de dicha escuela para la aplicación; una vez autorizada, se procedió a la aplicación de las pruebas a los grupos, que se realizó de la siguiente manera: por día se aplicaban ambas pruebas a un grupo, es decir, el EDI-2 y el TAE-ALUMNO. Cabe mencionar que las aplicaciones fueron de manera colectiva. Estas comenzaron después del receso, entre las 11:00 y 11:30 a.m., con una duración aproximada de una hora y media. Para iniciar la aplicación, se realizó la presentación de la investigadora y se dieron las instrucciones de manera oral; para la prueba de EDI-2, las preguntas se leyeron de manera grupal, y en cuanto a la de TAE-ALUMNO, se leyeron de manera individual y de igual forma se fueron resolviendo las dudas. Los alumnos se comportaron adecuadamente, es decir, hubo mínimas distracciones.

El total de alumnos a los que se les aplicaron ambas pruebas fue de 100. Se calificaron primero las 100 de TAE-ALUMNO y posteriormente las 100 de EDI-2, se obtuvieron puntajes brutos de las dos pruebas, de los cuales se tenía que convertir la de TAE-ALUMNO a puntajes T, y la de EDI-2 a percentiles. Obtenido esto, se hizo la

demostración gráfica de los porcentajes obtenidos, es decir, en una hoja de cálculo se estructuraron los resultados finales de cada alumno en las dos pruebas, poniendo nombre y número del alumno, obteniendo las medidas de tendencia central: media aritmética, moda y mediana, así como el coeficiente de correlación “r” de Pearson, varianza y un porcentaje de relación entre las variables.

Una vez finalizado el proceso de análisis, se realizó la interpretación y por último, las conclusiones, así se obtuvo la confirmación de la hipótesis nula, la cual indica que la autoestima y los trastornos alimentarios no están relacionados significativamente en los alumnos que cursan el cuarto, quinto y sexto grado de la Escuela Primaria Emiliano Zapata de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

3.4 Análisis e interpretación de resultados

En este apartado se presentan dos principales resultados encontrados en esta investigación, los cuales se analizaron estadísticamente y con ello dar pauta a su interpretación. Lo anterior se fundamenta en el sustento teórico presentado en los capítulos anteriores.

La presentación de los resultados se estructuró en tres categorías: la primera de ellas fue la autoestima, la segunda, los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios y la tercera, concierne a la relación de la primera con la segunda.

3.4.1 Nivel de autoestima en los alumnos de la Escuela Primaria Emiliano Zapata

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

Respecto a los resultados obtenidos a partir de la aplicación de la prueba TAE-ALUMNO, de Marchant y cols. (2005), se muestran en percentiles los niveles de autoestima alta, baja y muy baja.

La media se define como la suma del conjunto de datos, dividida entre el número de medidas (Elorza; 2007), que en el caso de la autoestima fue de 51; de igual modo, se obtuvo la mediana ,definida como el valor medio de un conjunto de valores ordenados: el punto abajo y arriba del cual cae un número igual de medidas, obteniendo como resultado 50; el mismo autor define a la moda como la medida que ocurre con más frecuencia en un conjunto de observaciones, en esta investigación el valor obtenido fue de 81.

También se obtuvo el valor de una medida de dispersión: la desviación estándar, la cual Elorza (2007) define como la raíz cuadrada de la suma de las desviaciones al cuadrado de una población, dividida entre el total de observaciones, obteniendo un resultado de 15.

En el anexo 1 quedan demostrados gráficamente los puntajes obtenidos de la media aritmética de la autoestima.

A partir de los resultados estadísticos obtenidos mediante la aplicación del instrumento, se puede interpretar que el nivel de autoestima en los alumnos se encuentra en la normalidad.

Para aumentar la comprensión de la autoestima de los sujetos, se encontró que el 20% de estos se ubican en el rango de baja autoestima, es decir, con un puntaje inferior a 40.

3.4.2 Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios

Se entiende por trastornos alimentarios “aquellas alteraciones en las que efectivamente, la conducta alimentaria está alterada, pero fundamentalmente como consecuencia de los dramáticos intentos que las pacientes hacen por controlar su peso y su cuerpo” (Belloch y cols.;1995:532).

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

- 1) En la escala de obsesión por delgadez se obtuvo una media de 70, una mediana de 77, una moda de 0 y una desviación estándar de 28.
- 2) Asimismo, en la escala de bulimia se determinó una media de 74, una mediana de 90, una moda de 90 y una desviación estándar de 32.
- 3) Por otra parte, en la escala de insatisfacción corporal se cuantificó una media de 67, una mediana de 69, una moda de 57 y una desviación estándar de 19.
- 4) Mientras tanto, en la escala de ineficacia se obtuvo una media de 70, una mediana de 92, una moda de 0 y una desviación estándar de 39.
- 5) Adicionalmente, en la escala de perfeccionismo se estableció una media de 74, una mediana de 82, una moda de 91 y una desviación estándar de 26.

- 6) Conjuntamente, en la escala de desconfianza interpersonal se definió una media de 76, una mediana de 84, una moda de 95 y una desviación estándar de 24.
- 7) De la misma manera, en la escala de conciencia introceptiva se obtuvo una media de 76, una mediana de 88, una moda de 95 y una desviación estándar de 29.
- 8) Además, en la escala de miedo a la madurez, se calculó una media de 76, una mediana de 86, una moda de 94 y una desviación estándar de 25.
- 9) Igualmente, en la escala de ascetismo, se estableció una media de 69, una mediana de 73, una moda de 79 y una desviación estándar de 25.
- 10) Del mismo modo, en la escala de impulsividad se determinó una media de 59, una mediana de 64.5, una moda de 36 y una desviación estándar de 31.
- 11) Por último, en la escala de inseguridad social se obtuvo una media de 65, una mediana de 81, una moda de 0 y una desviación estándar de 35.

En función de los datos anteriores, se puede afirmar que los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en esta muestra, se encuentran por encima de lo normal y los que no lo están, muestran tendencia hacia los puntajes altos.

Para una mejor comprensión de los trastornos alimentarios, enseguida se detallan las subescalas en las cuales hubo un porcentaje alto, es decir, arriba del percentil 70.

En seis subescalas, los porcentajes de los sujetos son altos: impulsividad, con 55%; insatisfacción corporal, con 54%; con 43%, ascetismo; con 34%, tanto

obsesión por delgadez como inseguridad social y por último, con 32%, la referida al perfeccionismo.

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

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

En la investigación realizada en la Escuela Primaria Emiliano Zapata, localizada en la ciudad de Uruapan, Michoacán, se encontraron los siguientes resultados.

Entre el nivel de autoestima y la escala de obsesión por la delgadez existe una correlación de -0.07 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre el nivel de autoestima y la escala referida hay ausencia de correlación, es decir, no existe, de acuerdo con la clasificación de correlación que plantean Hernández y cols. (2010)

Para conocer la relación que existe entre el nivel de autoestima y la escala de obsesión por la delgadez, se obtuvo la varianza de factores comunes (r^2), con base en ella y mediante un porcentaje, se indica el grado en que las variables se encuentran correlacionadas. Para obtener esta varianza solamente 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 0.01, lo que significa que entre el nivel de autoestima y la obsesión por la delgadez hay una relación de 1%. Es importante señalar que para considerar una relación como estadísticamente significativa entre variables, el porcentaje debe de ser al menos del 10%.

Por otra parte, entre el nivel de autoestima y la escala de bulimia existe un coeficiente de correlación de 0.17 de acuerdo con la prueba "r" de Pearson, esto significa que entre dichos atributos existe una correlación positiva débil. El resultado de varianza de factores comunes es de 0.03, lo que significa que la relación entre el nivel de autoestima y la bulimia es de 3%.

Asimismo, entre el nivel de autoestima y la escala de insatisfacción corporal existe un coeficiente de correlación de 0.08, a partir de la prueba "r" de Pearson, esto significa que entre el nivel de autoestima y dicha escala, existe una correlación ausente. El resultado de varianza de factores comunes es de 0.01, lo que significa que la relación entre el nivel de autoestima y la bulimia es de 1%.

Por otra parte, entre el nivel de autoestima y la escala de ineficacia existe un coeficiente de correlación de 0.04 obtenido con la prueba "r" de Pearson, esto significa que entre estas variables existe una correlación ausente. El resultado de la varianza de factores comunes es de 0.00, lo que significa que la relación entre el nivel de autoestima y la bulimia no llega siquiera al 1%.

Mientras tanto, entre el nivel de autoestima y la escala de perfeccionismo existe un coeficiente de correlación de 0.08, de acuerdo con la prueba "r" de Pearson, esto significa que entre el nivel de autoestima y la escala indicada, existe una correlación ausente. El resultado de varianza de factores comunes es de 0.01, lo que significa que la relación entre el nivel de autoestima y el perfeccionismo es de 1%.

Adicionalmente, entre el nivel de autoestima y la escala de desconfianza interpersonal existe un coeficiente de correlación de 0.25 obtenido con la prueba "r" de Pearson, esto significa que entre los atributos en cuestión existe una correlación positiva débil. El resultado de varianza de factores comunes es de 0.06, lo que significa que la relación entre el nivel de autoestima y la desconfianza interpersonal es de 6%.

También entre el nivel de autoestima y la escala conciencia introceptiva existe un coeficiente de correlación de 0.08 de acuerdo con la prueba "r" de Pearson, esto significa que entre el nivel de autoestima y esta escala, existe una ausencia de correlación. El resultado de varianza de factores comunes es de 0.01, lo que significa que la relación entre el nivel de autoestima y la desconfianza interpersonal es de 1%.

De igual manera, entre el nivel de autoestima y la escala de miedo a la madurez existe un coeficiente de correlación de 0.09, en función de la prueba "r" de Pearson, esto denota que entre el nivel de autoestima y la escala mencionada, existe una correlación ausente. El resultado de varianza de factores comunes es de 0.01, lo que significa que la relación entre el nivel de autoestima y miedo a la madurez es de 1%.

De igual forma, entre el nivel de autoestima y la escala de impulsividad existe un coeficiente de correlación de 0.01 según la prueba “r” de Pearson, esto implica que entre tales variables existe una correlación ausente. El resultado de varianza de factores comunes es de 0.00, lo que significa que la relación entre el nivel de autoestima e impulsividad no llega ni al 1%.

Por último, entre el nivel de autoestima y la escala de inseguridad social existe un coeficiente de correlación de 0.17 con base en la prueba “r” de Pearson, esto denota que entre el nivel de autoestima y la última escala, existe una correlación positiva débil. El resultado de varianza de factores comunes es de 0.03, lo que permite afirmar que la relación entre el nivel de autoestima y la inseguridad social, es del 3%.

Los resultados obtenidos en cuanto a los niveles de correlación entre las variables, se muestran en el anexo 5. Con fundamento en lo anterior, se puede afirmar que el nivel de autoestima no se relaciona de manera significativa con los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios. Asimismo, en función de los resultados presentados se confirma la hipótesis nula, la cual afirma que no existe correlación entre el nivel de autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios de los alumnos de la Escuela Primaria Emiliano Zapata, de Uruapan, Michoacán.

CONCLUSIONES

Enseguida se detalla la manera en que se cumplieron los objetivos, definiendo previamente la hipótesis que se corroboró.

La hipótesis nula permitió determinar la ausencia de correlación estadísticamente significativa entre la variable autoestima y trastornos alimentarios en todas las escalas.

Por otra parte, los objetivos teóricos referidos a la variable autoestima fueron cubiertos con amplitud en el capítulo 1, que satisfizo los requerimientos de la investigadora.

Los objetivos particulares referidos a la naturaleza psicológica, causas y consecuencias de los trastornos alimentarios, fueron tratados de manera sistemática en el capítulo 2.

Adicionalmente, el objetivo empírico referido a la cuantificación de la autoestima en la población investigada, mediante instrumentos estandarizados, se cumplió en términos satisfactorios y de ello se da cuenta en el capítulo 3.

A su vez, la segunda variable del presente estudio, fue medida en el escenario correspondiente de manera objetiva; los resultados se exponen, analizan e interpretan en el capítulo número 3.

La medición de las variables permitió establecer su nivel de correlación estadística, así como la identificación porcentual de influencia de una sobre otra. Es decir, se logró cubrir satisfactoriamente el objetivo general que orientó los esfuerzos desplegados de la investigadora responsable del presente estudio.

Como hallazgo relevante, se puede mencionar que la población de la cual se obtuvo la información analizada e interpretada, en cuanto al fenómeno de la autoestima, presentó niveles normales. En lo que se refiere a los trastornos alimentarios, se encontraron datos que revelan la presencia normal en algunas escalas yalta en otras.

Es importante mencionar que los datos de la investigadora se refieren exclusivamente a la muestra examinada, es decir, para conocer la presencia de las variables mencionadas en otros sujetos de la misma población, pero no incluidos en el presente ejercicio, es necesario hacer investigaciones adicionales que complementen el escenario determinado.

En el presente estudio, los resultados de campo ayudan en el avance de la ciencia psicológica, si bien no concuerdan con la literatura, ya que se establece que no hay una relación entre la variable autoestima y los trastornos alimentarios. Es decir,

que el ambiente es el adecuado y se recomienda, en función de ello, mantener el mismo nivel de atención y educación que los maestros brindan a estos alumnos.

BIBLIOGRAFÍA

- Alcántara, José Antonio. (1990)
Cómo educar la autoestima.
Ediciones CEAC, S.A. Barcelona, España.
- Ajuriaguera, J. (1973)
Manual de psiquiatría infantil.
Editorial Masson. Barcelona.
- 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. Distrito Federal, México.
- Branden, Nathaniel. (2010)
La autoestima de la mujer.
Editorial Paidós Mexicana. Distrito Federal, México.
- Branden, Nathaniel. (2011)
Los seis pilares de autoestima.
Editorial Paidós Mexicana. Distrito Federal, México.
- 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; Clemen, 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.

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

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

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

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

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

Lamb, Charles W.; Hair, Joseph F. Jr.; McDaniel, Karl. (2011)
Marketing.
Editorial Edamsa. México.

Marchant O., Teresa; Haeussler P. de A., Isabel Margarita; TorrettiHoppe, Alejandra. (2005)
TAE: batería de tests de autoestima escolar
Ediciones Universidad Católica de Chile, Santiago.

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

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

Valenzuela Gómez, Mónica. (2013)
Relación entre el nivel de autoestima y el rendimiento escolar de la Escuela Primaria Urbana Federal 16 de Septiembre.
Tesis inédita de la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C. Uruapan, Michoacán, México.

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>

De la Hoz Pérez, Susana Ivonne. (2014)
“Evaluación de la autoestima.”
Red Maestros de Maestros.
http://www.rmm.cl/index_sub.php?id_contenido=18371&id_seccion=10584&id_portal=1908

Moreno González Miriam Angélica, Ortiz Viveros, Godeleva Rosa. (2009)
“Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes”
Revista Terapia Psicológica. 2009, Vol. 27, N°2, 181-190.
Universidad Veracruzana, México.
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082009000200004&script=sci_arttext

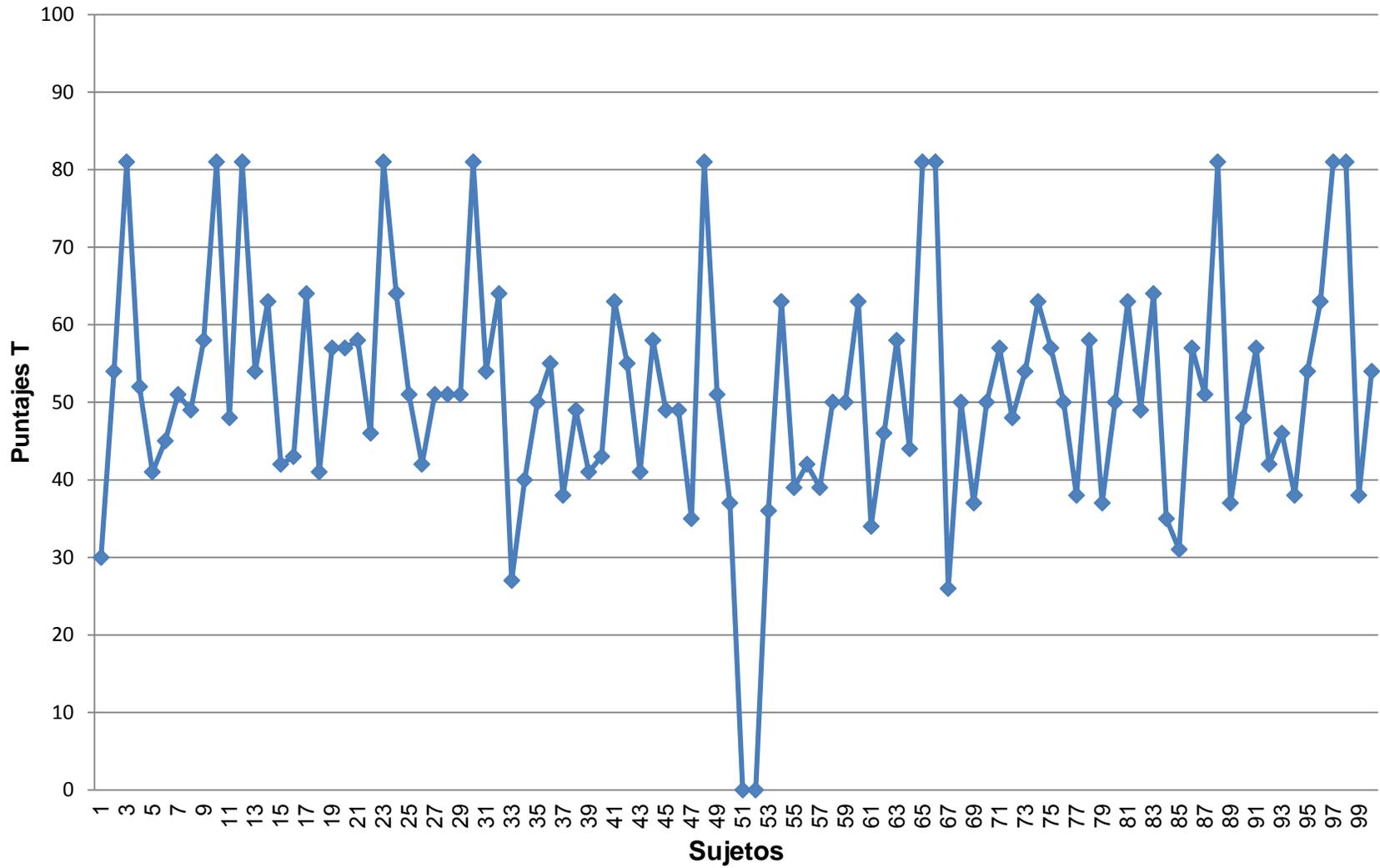
Ríos, M. D.; Millán, T. S. (2009)
“Autoestima relacionada con el desempeño escolar”.
Escuela Nacional de Ciencias Biológicas.
Instituto Politécnico Nacional.
http://servicios.encb.ipn.mx/tutorias/formatos/TESINAS/Autoestima%20relacionado%20con%20el%20desempe%C3%B1o%20escolar_RiosM.D.yMillanT.S.pdf

Sin Autor. (2009)
“Escala de autoestima de Rosenberg – RSES”
The Rosenberg Self-Esteem Scale Translation and Validation in University Students.
<http://sicolog.com/?a=1669>.

Zagalaz Sánchez, Ma. Luisa; Romero Granados, Santiago; Contreras Jordán, Onofre R. (2002).
“La anorexia nerviosa como distorsión de la imagen corporal. Programa de prevención desde la educación física escolar en la provincia de Jaén”
OEI-Revista Iberoamericana de Educación (ISSN: 1681-5653).
Universidad de Castilla-La Mancha, España.
<http://www.rieoei.org/deloslectores/343Zagalaz.pdf>

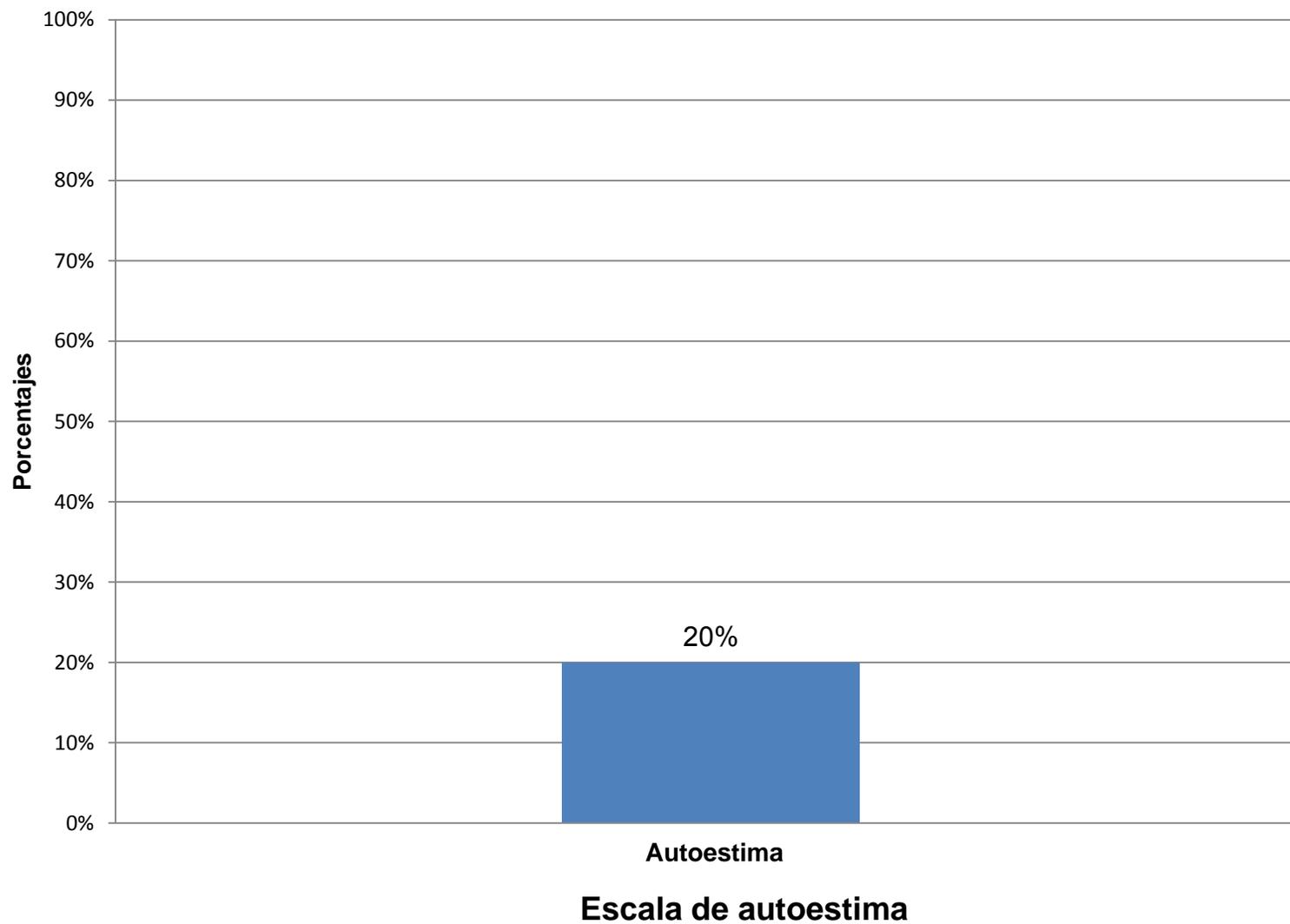
ANEXO 1

Puntajes de autoestima

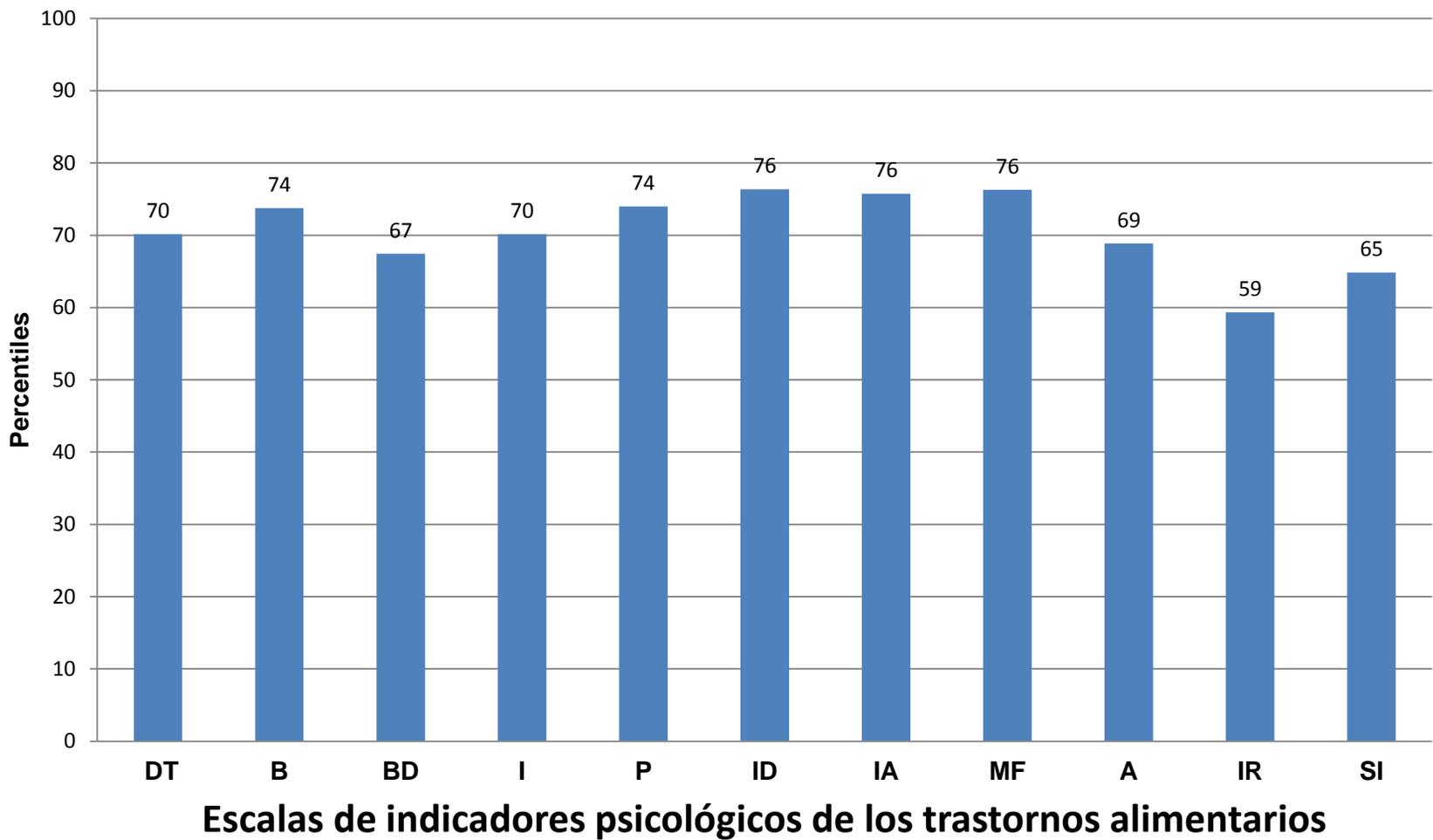


ANEXO 2

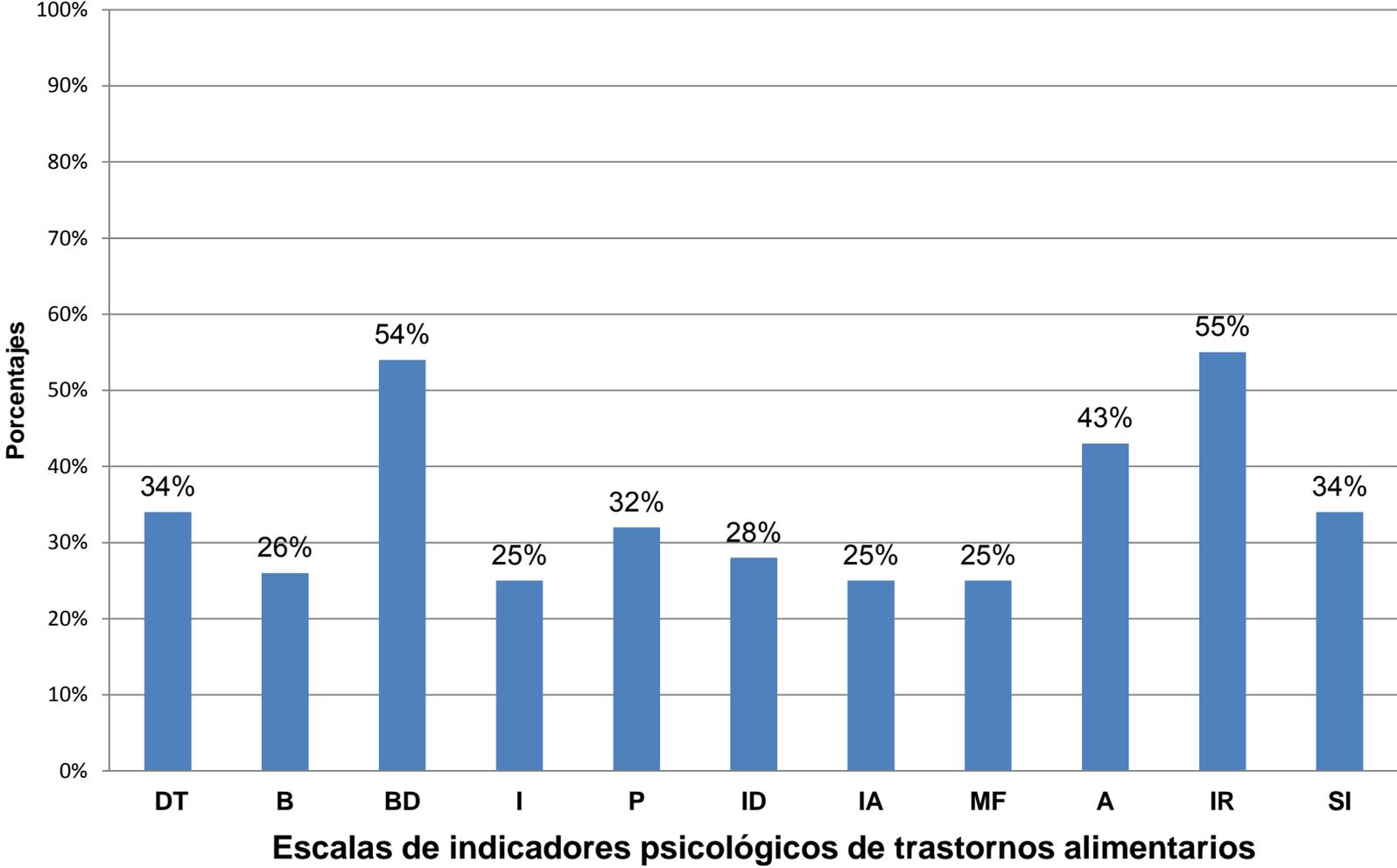
Porcentajes de sujetos con puntajes bajos en autoestima



ANEXO 3
Media aritmética de las escalas de indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios

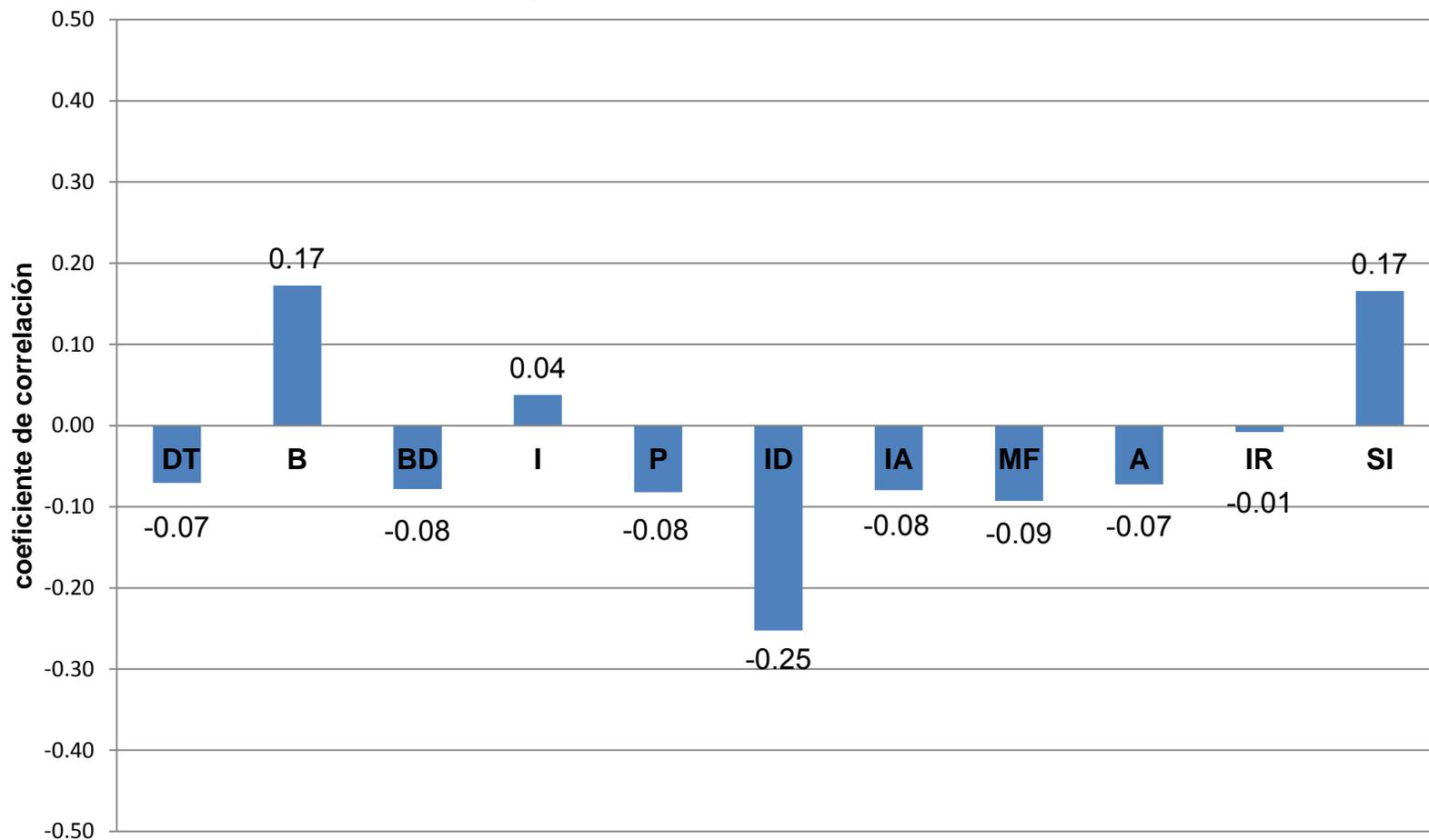


ANEXO 4
Porcentajes de sujetos con puntajes altos en indicadores psicológicos de trastornos alimentarios



ANEXO 5

Coeficiente de correlación entre la autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios



Escalas de los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios