



UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

INCORPORACIÓN N° 8727-25 A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

RELACIÓN ENTRE LA AUTOESTIMA Y LOS FACTORES

PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS

ALIMENTARIOS EN ESTUDIANTES DEL CCH

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

María Amparo Huerta Madrigal.

Asesora: Lic. Gisela Mayanín Tafolla Torres

Uruapan, Michoacán. 18 de mayo de 2015.



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.

AGRADECIMIENTOS.

Agradezco a Dios por estar presente en mi vida darme paciencia, fortaleza y una familia maravillosa que me impulsaron a terminar esta tesis.

A mis padres María del Carmen Madrigal Y Arturo Elias Huerta que toda mi vida me han apoyado, inspirado, impulsado, han estado hombro con hombro para hacer de mí una mejor persona, son mi ejemplo de fortaleza, valores, unión y amor. Dedicaron su tiempo dinero y esfuerzo para que nunca me falte nada. Gracias a ustedes por todo el apoyo y la paciencia, gracias por ser mi soporte tanto en este proyecto como en todas las áreas de mi vida, gracias por apoyarme hasta donde les es posible e incluso más que eso.

Gracias hermanos Diana, Meli, Arturo y Manuel por las noches que se desvelaron ayudándome a terminar esta tesis, por motivarme y no permitirme renunciar, gracias por ser un gran equipo.

Agradezco a mis asesores de seminario la Lic. Leticia Espinosa, Lic. Gisela Tafolla, Lic. Raúl Zalapa, Lic. Jesús González ya que gracias a sus conocimientos herramientas y recursos que me brindaron me ayudaron a concluir exitosamente esta tesis, gracias por su tiempo, paciencia y entrega que fueron fundamentales para poder concluir este proyecto.

Gracias Lic. Diana Monserrat Huerta por toda su ayuda apoyo incondicional y colaboración en este proyecto de tesis.

ÍNDICE

Introducción.

Antecedentes.	1
Planteamiento del problema.	4
Objetivos.	6
Hipótesis.	7
Operacionalización de las variables.	8
Justificación.	8
Marco de referencia.	9

Capítulo 1. Autoestima.

1.1. Conceptualización de autoestima.	12
1.2. Importancia de la autoestima.	14
1.3. Origen y desarrollo de la autoestima.	17
1.4. Componentes de la autoestima.	19
1.5. Características de la autoestima.	21
1.6. Pilares de la autoestima.	28
1.7. Medición de la autoestima.	33

Capítulo 2. Trastornos alimentarios.

2.1. Antecedentes históricos de la alimentación.	43
2.2. Definición y características clínicas de los trastornos alimenticios.	44

2.2.1. Anorexia nerviosa.	45
2.2.2. Bulimia nerviosa.	47
2.2.3. Obesidad.	48
2.2.4. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.	49
2.2.5. Vómitos en otras alteraciones psicológicas.	50
2.2.6. Trastorno por atracón.	50
2.2.7. Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia.	51
2.3. Esfera oroalimenticia en el infante.	54
2.3.1. Organización oroalimenticia.	55
2.3.2. Alteraciones en la esfera oroalimenticia.	57
2.4. Perfil de la persona con trastornos de la alimentación.	58
2.5. Causas del trastorno alimenticio.	60
2.5.1. Factores predisponentes individuales.	61
2.5.2. Factores predisponentes familiares.	65
2.5.3. Factores socioculturales.	66
2.6. Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio.	67
2.7. Factores que mantienen los trastornos alimenticios.	71
2.8. Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios.	72
2.9. Tratamiento de los trastornos alimenticios.	76

Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados.

3.1. Descripción metodológica.	81
3.1.1. Enfoque cuantitativo.	82
3.1.2. Investigación no experimental.	84

3.1.3. Diseño transversal.	85
3.1.4. Alcance correlacional.	85
3.1.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.	87
3.2. Población y muestra	89
3.3. Descripción del proceso de investigación.	91
3.4 Análisis e interpretación de resultados.	95
3.4.1. El nivel de autoestima en adolescentes de primer semestre del Colegio de Ciencias y Humanidades de la Universidad don Vasco.	95
3.4.2. Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos de primer semestre del Colegio de Ciencias y Humanidades de la Universidad Don Vasco.	99
3.4.3 Relación entre el nivel de autoestima y los Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.. . . .	102
Conclusiones.	109
Bibliografía	111
Mesografía	114
Anexos.	

INTRODUCCIÓN

La presente tesis tiene como finalidad dar a conocer como los factores psicológicos asociados a los trastornos alimenticios se relacionan con la autoestima de los adolescentes, para lo que, como primera tarea, se describirán algunas investigaciones sobre estas variables.

Antecedentes.

Se ha demostrado que la autoestima se desarrolla a lo largo del ciclo vital humano y que son numerosos los factores que intervienen en dicho desarrollo, de ahí que sea probable que existan factores psicológicos que estén asociados a ciertos trastornos de la alimentación.

Reasoner define la autoestima como “la apreciación del propio valor e importancia, caracterizada por la posibilidad de responsabilizarse de uno mismo y de actuar de manera responsable hacia los demás” (www.eumed.net).

También se define “como una experiencia íntima de comunicación y encuentro con uno mismo” (Cásares; 2003: 128).

Por otro lado según Mandal (2001), los trastornos alimentarios son padecimientos mentales que causan desbalance serio en la dieta diaria de una persona.

Además del consumo anormal, existe un trasfondo de asistencia y preocupación por peso corporal y la aceptación. Estos desórdenes coexisten con frecuencia con otras patologías tales como depresión, abuso de substancia, o ansiedad (www.news-medical.net).

Con base en lo anterior, cabe mencionar que existen notables indagaciones, de acuerdo con Moreno y Ortiz (2009). En la ciudad de México, las investigaciones sobre los trastornos alimenticios y la imagen corporal se han dirigido a un solo sector de población, excluyendo a los varones, aunque en distintos estados de la república se ha demostrado que los hombres también presentan conductas y tienen predisposición a presentar trastornos alimenticios.

Cruz y cols. (citados por Moreno y Ortiz; 2009: 182) señalan que “en un estudio realizado en adolescentes universitarios mexicanos, encontraron que los hombres manifiestan mayor sintomatología de trastornos alimentarios, insatisfacción corporal y conductas de riesgo alimentario que las mujeres”

Dado que “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. Se

estudió la relación entre las conductas de riesgo de trastorno alimentario, la imagen corporal y autoestima en adolescentes de secundaria. Se aplicaron tres instrumentos: el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40), Cuestionario de la Figura Corporal (BSQ), Cuestionario de la Evaluación de la Autoestima y un cuestionario de datos sociodemográficos a 298 alumnos: 153 mujeres y 145 hombres, con una edad promedio de 13 años, se encontró riesgo de trastornos alimentarios (8%) y en un 10% la patología instalada, con mayor prevalencia en las mujeres; ambos sexos presentan preocupación por su imagen corporal, niveles medios y bajos de autoestima y una mayor tendencia a presentar trastornos alimentarios en las mujeres. Los casos se incrementan con la edad” (Moreno y Ortiz; 2009: 1).

Estudios realizados en Gran Bretaña, Estados Unidos, Suecia y Australia dieron como resultado que más del 70% de las adolescentes sienten incertidumbre por su imagen corporal y más del 45% se sienten obesas (Zagalaz y cols.; 2002).

Espina y cols. (2001) realizaron un estudio de las diferencias en la insatisfacción con la imagen corporal entre mujeres que presentan un trastorno alimentario (TA) con un grupo control, en el que se utilizó una muestra de 145 mujeres que presentaban un trastorno alimentario según criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994): 36 con anorexia nerviosa restrictiva, 30 con anorexia nerviosa bulímica y 79 con bulimia nerviosa, complementada con un grupo control de similares características sociodemográficas fue evaluada con el Cuestionario de la Figura Corporal (BSQ), la Escala de Insatisfacción Corporal del Eating Disorder Inventor y el Eating Attitude Test (EAT)

Se dio como resultado que las mujeres con uno de los trastornos alimenticios, presentan una insatisfacción con la imagen corporal significativamente mayor que el grupo de control, pero no se hallaron diferencias significativas entre los diferentes trastornos alimenticios, excepto en algunos ítems del BSQ y de la escala de insatisfacción corporal del EDI. Los resultados confirman estudios anteriores al resaltar la insatisfacción con la imagen corporal en los trastornos alimenticios.

Según datos de la Secretaría de Salud, la anorexia y la bulimia son las alteraciones de la conducta alimentaria más frecuentes en México, sobre todo en mujeres de entre 12 y 25 años de edad (Divulgación UNAM; 2012).

Con base en lo anterior, se puede señalar que cuando los trastornos alimentarios se instalan parecen prolongarse a causa de sus efectos psicológicos, físicos y sociales los que contribuyen a una reducción adicional de la autoestima y a la necesidad de seguir ejerciendo el control sobre su cuerpo (Vandereycken y Noordenbos; 2000).

Planteamiento del problema.

De manera inicial, la autoestima podría definirse como la manera en que los individuos se perciben en términos generales, asimismo, es un recurso integral y complejo del desarrollo personal, que se vería afectada por factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios.

Algunos autores sugieren que la baja autoestima afecta a la salud, las relaciones sociales y el desempeño en los diversos aspectos de su desarrollo personal, mientras que el alta autoestima los potencializa, ayudando al individuo a tener una visión objetiva de su cuerpo.

Por otra parte, debido al alto impacto de la imagen corporal en la sociedad actual, aunada a la influencia mediática, la población adolescente se ha visto directamente afectada por factores de la conducta alimenticia, lo que ha traído como consecuencia, la bulimia la anorexia, la obesidad, entre otros padecimientos.

Expertos sugieren que los medios de comunicación han influido para que sea excesiva la preocupación por el peso y el aspecto físico, desencadenando así una presión significativa, lo cual trae como resultado que los adolescentes sean más susceptibles a desarrollar trastornos alimenticios.

En función de lo anteriormente planteado, se pretende resolver la siguiente pregunta: ¿Los factores psicológicos asociados a los trastornos alimenticios se relacionan de forma significativa con la autoestima de los estudiantes de primer semestre del Colegio de Ciencias y Humanidades de la ciudad de Uruapan, Michoacán?

Objetivos.

Toda investigación requiere de directrices que regulen los recursos disponibles y conserven el carácter científico del trabajo efectuado. En el presente estudio, los objetivos considerados se enuncian a continuación.

Objetivo general.

Establecer la relación que existe entre la autoestima y los factores psicológicos asociados a los trastornos alimenticios en los estudiantes de primer semestre del Colegio de Ciencias y Humanidades de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Objetivos particulares.

1. Delimitar el concepto de autoestima.
2. Analizar las principales aportaciones teóricas referidas a la autoestima.
3. Definir el concepto de trastornos alimenticios.
4. Identificar los principales factores psicológicos asociados a los trastornos alimenticios.
5. Medir el nivel de autoestima en los estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades de la ciudad de Uruapan, Michoacán.
6. Evaluar los factores psicológicos asociados a los trastornos alimenticios.

Hipótesis.

Según Hernández y cols. (2010) las hipótesis son el elemento medular de la investigación, debido a que son explicaciones tentativas del fenómeno investigado, que se formulan como proposiciones sobre las posibles relaciones entre dos o más variables.

Con dicho fundamento, la presente investigación plantea las siguientes hipótesis.

Hipótesis de trabajo.

Los factores psicológicos que se asocian a los trastornos alimenticios están significativamente relacionados con el nivel de autoestima en los estudiantes de primer semestre del Colegio de Ciencias y Humanidades de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Hipótesis nula.

Los factores psicológicos que se asocian a los trastornos alimenticios no están significativamente relacionados con el nivel de autoestima en los estudiantes de primer semestre del Colegio de Ciencias y Humanidades de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Operacionalización de las variables.

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

Por otro lado, se utilizó como indicador de la presencia de la variable factores psicológicos asociados a los trastornos alimenticios, el puntaje normalizado que arrojó la administración del test psicométrico denominado Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) del autor David M. Garner, que consta de 91 ítems, con un formato de respuesta de 6 categorías y que ofrece puntuaciones en 11 escalas que son clínicamente notables en el caso de trastornos de la conducta alimentaria y miden los indicadores psicológicos asociados a la conducta alimentaria; esta prueba psicométrica posee los estándares de validez y confiabilidad exigidos por en psicología.

Justificación

La presente investigación es fundamental debido a que la imagen corporal y los parámetros de estética, en la actualidad, son de índole arbitraria y esto conduce a problemas en la autoestima, principalmente en los adolescentes, lo que incide a su vez sobre los factores psicológicos asociados a los trastornos alimenticios.

Esta investigación beneficiará ampliamente al Colegio de Ciencias y Humanidades de la Universidad don Vasco, ya que mediante los resultados de los niveles de autoestima de los alumnos y el modo en que se relacionan estos con los trastornos alimentarios, se tendrá una mayor información al respecto.

En cuanto se refiere a directores y maestros, obtendrán la información necesaria para poder participar activamente en el desarrollo funcional de la autoestima, logrando así que se conozcan los componentes asociados a los trastornos alimenticios y se obtengan las herramientas metodológicas para poder afrontarlos.

Por lo que respecta al ámbito de la psicología, tanto la autoestima como los trastornos alimenticios tienen gran relevancia y se espera realizar aportaciones necesarias para ampliar los conocimientos sobre dicho tema.

En lo que concierne tanto a la investigadora como a la sociedad en general, esta indagación cuenta con sustento teórico y empírico, por lo que puede ser una fuente fiable para toda persona interesada sobre la temática en cuestión.

Marco de referencia.

La presente investigación se realizó en la Universidad Don Vasco en la sección del Colegio de Ciencias y Humanidades, incorporada a la UNAM, con clave 7727. Por lo que a continuación se hace una descripción general de la institución.

La Universidad Don Vasco es una institución particular y tiene reconocimiento oficial por parte de la Universidad Nacional Autónoma de México, se rige por una disciplina social cristiana; no es en sí una institución religiosa, pero sí surgió de una perspectiva de dicha índole.

Este centro educativo ofrece servicios de secundaria, preparatoria (Colegio de Ciencias y Humanidades) y diez licenciaturas.

Los estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades reciben asignaturas extracurriculares cuyo objetivo es la orientación psicológica y vocacional.

Esta institución surgió como una escuela secundaria, en el año de 1964, con el nombre de “Instituto Cultural Don Vasco; luego se inició una preparatoria en 1967 y comenzó con una carrera profesional (Administración de Empresas), en el año de 1971; actualmente cuenta con 10 licenciaturas. En 1988 se hace el cambio de nombre a: “Universidad Don Vasco”.

La secundaria depende de la Secretaría de Educación Pública. La preparatoria (con el nombre de Colegio de Ciencias y Humanidades) y las carreras profesionales están incorporadas a la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

El nombre de dicha institución se eligió en recuerdo del fundador de la Diócesis de Michoacán, Don Vasco de Quiroga. Tiene como lema: integración y superación, y la misión es “ser una institución de educación, forjadora de personas

con una inquebrantable robustez de espíritu, formadora de jóvenes responsables, generosos, críticos y creativos; conscientes de su trascendencia en cuanto a su origen y destino y reconstructores de la sociedad desde una amplia y mejor perspectiva.”

Tiene una población general de 2200 personas en las que están incluidas personal docente y educandos.

En cuanto a su infraestructura, cuenta con más de sesenta aulas, además de diez salones tipo taller, también tiene nueve aulas equipadas con recursos de audio y video, una biblioteca, departamento de informática, material audiovisual, cámara de Gesell, ludoteca, laboratorios de fotografía, radio y televisión, química, física, hidráulica y resistencia de materiales, así como área de enfermería.

Para las actividades académico-culturales, la institución cuenta con un auditorio, y por lo que respecta a las actividades de recreación, dispone de dos cafeterías, áreas verdes y canchas deportivas (www.udv.edu.mx).

CAPÍTULO 1

LA AUTOESTIMA

Para iniciar este marco teórico es necesario hablar de autoestima desde diferentes perspectivas y conceptualizarla, así como examinar la importancia de esta variable en la sociedad y principalmente en el individuo, también describir desde el punto de vista de varios autores las características, los componentes, los pilares que la constituyen y los instrumentos para evaluarla.

1.1 Conceptualización de autoestima.

Para hablar de autoestima, es indispensable definirla como primera tarea. A continuación se conceptualizará desde la orientación de diferentes autores.

La autoestima alude a la valoración que la persona tiene de sí misma, incluye aspectos básicos para la autorrealización del ser humano y es entendida como una actitud hacia el propio sujeto (Alcántara; 1990).

La autoestima se define como “la disposición permanente según la cual nos enfrentamos con nosotros mismos. Es el sistema fundamental por el cual ordenamos nuestras experiencias refiriéndolas a nuestro yo personal” (Alcántara; 1990: 17).

Carrión define a la autoestima como el “conjunto de creencias 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).

Para Branden, la autoestima se definiría como “la confianza en nuestra capacidad de pensar, en nuestra capacidad de enfrentarnos a los desafíos básicos de la vida” (Branden; 2011: 21).

Branden (2011) expresa que lo que caracteriza a la autoestima, es la mente del ser humano y que este debe tener la cualidad de poder creer en sus capacidades tanto físicas como mentales y, por ende, sentirse merecedor de la felicidad.

La autoestima no es un factor innato en el ser humano, es generada por la historia de vida de cada persona, es el resultado de un proceso constante de estímulos y es determinante en el comportamiento (Alcántara; 1990).

Desde la perspectiva de Carrión, se puede definir la autoestima como la manera en que el sujeto se valora y aprecia por las cualidades que lo diferencian de los demás, “la autoestima está directamente relacionada con la autoimagen o el autoconcepto que el individuo tiene sobre sí mismo” (2007: 13).

Del mismo modo, Clark y cols. definen la autoestima como “el concepto que tenemos de nuestra valía y se basa en todos los pensamientos, sentimientos,

sensaciones y experiencias que sobre nosotros mismos hemos ido recogiendo durante nuestra vida” (2000: 11).

Haeussler y Milicic sostienen que la autoestima “Sería la suma de juicios que una persona tiene de sí misma. Es la dimensión afectiva de la imagen personal que se relaciona con datos objetivos, con experiencias vitales y con expectativas” (Haeussler y Milicic; 1995: 17).

Ahora bien, el término autoestima abarca las actitudes, el juicio de valor personal, la percepción que tiene de sí mismo el sujeto, y se engloban en la definición de Coopersmith en 1967, quien la define como “la evaluación que hace y mantiene habitualmente la persona con respecto a sí misma: expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica el grado en que el individuo se cree capaz, destacado, con éxito y valioso. En resumen, la autoestima es un juicio personal sobre la valía, que se expresa en las actitudes que el individuo manifiesta hacia sí” (Crozier; 2001: 205). Es por lo expresado anteriormente que esta definición será fundamental para la presente investigación.

1.2 Importancia de la autoestima.

En el proceso de desarrollo del sujeto, resulta sumamente sencillo apartarse de un concepto positivo, o no llegar a formarlo nunca, dado que se han hecho juicios de valor sobre acciones con una comprensión inadecuada.

Sin embargo, como menciona Branden (2008), la autoestima es una cuestión de grado, no pueden existir sujetos que carezcan por completo de autoestima positiva, ni tampoco que no sean capaces de desarrollar su autoestima; para el desarrollo de esta, es necesario tener la convicción de que el sujeto es capaz y competente en todos los ámbitos en los que se desenvuelve y por lo tanto, puede enfrentar situaciones de riesgo con optimismo y confianza, así puede alcanzar metas y experimentar la satisfacción.

Todos los individuos necesitan tener autoestima, independientemente del sexo, cultura o clase social; esta afecta todas las esferas biopsicosociales del desarrollo del ser humano, ya que si no se satisface la autovaloración, no se puede obtener una realización personal (Clark y cols.; 2000).

Dado que la autoestima, según Coopersmith (retomado por Crozier; 2001) es un juicio personal sobre la valía que el individuo tiene de sí mismo. Branden (2010) expresa que la autoestima tiene como finalidad que el individuo sea capaz de cuidar de sí mismo, mantener relaciones interpersonales satisfactorias, conseguir objetivos y metas, así como llegar a la satisfacción personal.

Por lo tanto, “el hecho básico es que la autoestima es una necesidad urgente. Se proclama a sí misma como tal en virtud del hecho de que su (relativa) ausencia altera nuestra capacidad para funcionar. Por esta razón decimos que tiene un valor de supervivencia” (Branden; 2011: 41).

De igual manera, dicho atributo facilita la superación de las dificultades personales. Una persona con autoestima alta, se siente con mayor capacidad para enfrentar los fracasos y los problemas que se le presentan. También apoya la creatividad, ya que una persona puede trabajar para crear algo si confía en sí misma.

De igual manera, la autoestima determina la autonomía personal. Si la persona tiene confianza en sí misma, podrá tomar sus propias decisiones; asimismo, posibilita una relación social saludable, de manera que la persona que se siente segura de sí misma, puede relacionarse mejor (Alcántara; 1990).

La importancia de la autoestima consiste en la medida del aprecio y la valía que el sujeto siente por sí mismo, esta va a ser directamente proporcional con la manera de percibir los estímulos del medio ambiente (Montoya y Sol; 2011).

Como mencionan estas autoras, “la importancia de la autoestima está en que es el elemento que contribuye a disfrutar lo que es nuestra vida” (Montoya y Sol; 2011: 9)

En el mismo sentido y según Carrión (2007) al conocer y aceptar las virtudes y defectos del ser humano, este podrá resolver los conflictos y llegar a la autorrealización.

Para Montoya y Sol (2011), la importancia de que exista una sólida autoestima en los seres humanos, radica en esta es el pináculo desde el cual el individuo se

proyecta en las diversas aspectos de su desarrollo; en otras palabras, si se tiene una estable autoestima, se va a proyectar la formación de una personalidad sana.

1.3 Origen y desarrollo de la autoestima.

Según Alcántara (1999), la autoestima no es innata, no tiene un origen biológico, sino que es adquirida debido a las experiencias que el ser humano adquiere a lo largo de la vida.

Respecto al vínculo entre el desarrollo humano y la autoestima, “tanto el desarrollo de la realidad individual como la capacidad de autoestima, están consideradas como un proceso. Ambos factores han de avanzar simultáneamente. La autoestima y el desarrollo personal se complementan entre sí; es imposible avanzar en el camino de la evolución humana sin una autoestima correcta y sin un crecimiento adecuado.” (Carrión; 2007: 13).

Los seres humanos tienen un sentido de la supervivencia al igual que otras especies, pero lo que marca la diferencia, es la esencia de la persona. Carrión define la esencia como “la parte más pura, la que contiene las cualidades sustanciales de nuestra naturaleza, la mejor parte” (Carrión; 2007: 19).

Esto es, que la autoestima se va formando desde muy temprana edad y la principal influencia es por parte de los padres o tutores, es aquí donde el infante crea sus primeras experiencias. Dado que no tiene una concepción de sí mismo como

unidad, los padres estarían obligados a cubrir todas las necesidades de este, así, el niño experimenta sensaciones de bienestar, por el contrario, si estos requerimientos no se cubren, este experimenta el rechazo y crea fantasías de minusvalía. Una vez que el niño sale del entorno familiar, otro factor que influye para el desarrollo de la autoestima es el ámbito escolar: el sujeto se relaciona con sus compañeros, esto genera nuevas experiencias y se fortalece el concepto propio del infante, ya sea de manera positiva o negativa (Clark y cols.; 2000).

Según Branden, “el entorno en el que nos criamos es crítico para el desarrollo de la autoestima” (2008: 17); sin embargo, en un estudio que realizó Coopersmith demostró que existen personas que a pesar de haber sido criadas bajo estándares de cuidados y afecto óptimos para desarrollar una autoestima saludable, se convirtieron en adultos inseguros y con un autoconcepto negativo (Branden; 2008), esto es porque la autoestima, si bien comienza su desarrollo en casa, no es el único factor que la determina.

Como se mencionó antes, la autoestima es adquirida mediante el aprendizaje y las experiencias satisfactorias o desagradables del menor; la adolescencia es uno de los periodos críticos para el desarrollo de esta, debido a que el adolescente pasa de la dependencia a buscar la independencia, necesita su propia identidad y en esta etapa, es sumamente complicado por las presiones sociales que experimenta y la necesidad de pertenencia, ahora el adolescente se presenta ante la sociedad con la valía que haya adquirido en la infancia (Clark y cols.; 2000).

Con base en lo anterior, la autoestima no es innata, en cambio, se va formando mediante juicios de valor desde la infancia hasta la vida adulta, va modificándose y ajustándose a las creencias del individuo sobre la percepción de sí mismo, debido a que varios factores influyen en su desarrollo.

1.4 Componentes de la autoestima.

Según Alcántara (1990) la autoestima está formada por tres componentes que son: el cognitivo, afectivo y conductual; en conjunto, son la base para una autoestima sólida.

El componente cognitivo se refiere a la manera en que el individuo procesa la información, es la opinión que tiene de su personalidad y conducta, es el significado que le da a las experiencias aprendidas sobre él y sobre su entorno.

Por definición, “el componente cognitivo indica idea, opinión, creencias, percepción y procesamiento de la información. Nos referimos a autoconcepto definido como opinión que se tiene de la propia personalidad y sobre su conducta. Es el conjunto de autoesquemas que organizan las experiencias pasadas y son usados para reconocer e interpretar estímulos relevantes en el ambiente social” (Alcántara; 1990: 19).

El segundo componente es el afectivo y este se basa en la valoración que el individuo tiene de sí mismo, positiva o negativa; Alcántara lo define de la siguiente

manera: “ es un juicio de valor sobre nuestras cualidades personales, es la respuesta de nuestra sensibilidad y emotividad ante los valores y contravalores que advertimos dentro de nosotros” (1990: 20).

Y como tercer componente está el conductual que se refiere a que el individuo tiene un comportamiento consecuente y coherente. Alcántara lo describe al establecer que “significa tensión, intención y decisión de actuar. Es el proceso final de toda su dinámica interna. Es la autoafirmación dirigida hacia el propio yo y en busca de consideración y reconocimiento por parte de los demás. El esfuerzo por alcanzar una fama, honor y respeto ante los demás y ante nosotros mismos.” (Alcántara; 1990: 20).

Según Branden (2010), la autoestima surge de dos principios básicos: la autoeficacia y el autorrespeto, esto es, que la autoestima es una necesidad básica e indispensable para el desarrollo y la supervivencia del ser humano, ya que sin esta el crecimiento psicológico quedaría limitado.

Por lo que se refiere a la autoeficacia, es la capacidad que tiene el ser humano de discernir y tomar sus propias decisiones, Branden la define como “confianza en nuestra capacidad de pensar, aprender, elegir y tomar las decisiones adecuadas.” (Branden; 2010: 17).

Por otra parte, el autor delimita “el autorrespeto, es decir, confianza en nuestro derecho a ser felices. Confianza en que los logros, el éxito, la amistad, el

respeto, el amor y la satisfacción personal son adecuados para nosotros” (Branden; 2010: 18).

Asimismo, Carrión (2007) menciona dos componentes que son necesarios para el desarrollo de la autoestima y son: la eficacia personal y el respeto a uno mismo. El primero se refiere a la confianza que se ha ido obteniendo mediante las experiencias y la habilidad de comprender, analizar y por ende, tener la capacidad de creer en uno mismo.

En cuanto al respeto hacia uno mismo, “es la reafirmación de la valía personal, del derecho a vivir y ser feliz. Satisfacción serena en la adecuada forma de eficacia personal. Darnos el permiso para actuar en pos de nuestra correcta autoestima y valoración” (Carrión; 2007: 26).

Es por ello que la autoestima debe integrar varios componentes indispensables para el desarrollo del ser humano y que son los descritos anteriormente, cabe mencionar que tanto Branden como Carrión describen principios básicos como el de eficacia personal y el respeto a uno mismo.

1.5 Características de la autoestima

Las características que tiene la autoestima según Branden (2011) son: racionalidad y realismo, intuición, creatividad, independencia, flexibilidad, habilidad

para tratar los cambios, deseo de admitir y corregir los errores, benevolencia y cooperación.

- 1) En cuanto a la racionalidad, consiste en que el sujeto no se contradiga, debe existir una integración de experiencias y hechos reales, que se manifieste en su personalidad. “La búsqueda de la razón es la de la integración no contradictoria de la experiencia, que implica una disponibilidad y una actitud abierta a la experiencia” (Branden; 2011: 65).
- 2) El realismo, por otra parte, permite al sujeto percibir lo que ocurre tal cual sucede en su entorno, contando los hechos como son, sin distorsionar la realidad, “en este contexto, el término simplemente significa un respeto por los hechos, un reconocimiento de que lo que es, es, y de que lo que no es, no es” (Branden; 2011: 65).
- 3) La intuición “se relaciona significativamente con la autoestima, solamente en la medida que expresa una alta sensibilidad a las señales internas y el respeto apropiado a estas” (Branden; 2011: 66). La intuición viene así a conformar la percepción interna de la persona; Carl Rogers (citado por Branden; 2011) lo vincula con la aceptación que tiene la persona de sí misma, con el grado de autenticidad, esto conlleva la existencia de una salud psicológica.
- 4) La creatividad se basa en la sensibilidad de recibir los estímulos del medio ambiente y generar ideas nuevas e incorporarlas al entorno del individuo; esto

es, que “la persona creativa oye y confía en las señales internas mucho más que una persona normal. Su mente está menos subordinada a los criterios de los demás, al menos en el terreno de la creatividad. Es más autosuficiente, valora sus propios pensamientos y sus intuiciones.” (Branden; 2011: 66)

- 5) La independencia es cuando el sujeto es capaz de pensar por sí solo, de ser responsable de sus actos y realizar metas para obtener su realización.
- 6) La flexibilidad radica en tener la facultad de integrar experiencias pasadas a nuevos esquemas, al pensamiento, sin que se genere una incomodidad o un desajuste. Branden lo describe de la siguiente manera: “ser flexible significa tener la capacidad de reaccionar a los cambios sin que ataduras inapropiadas te ligen al pasado” (2011: 67).
- 7) Otra característica que existe es la capacidad para afrontar los cambios y esta se correlaciona ampliamente con la flexibilidad y con la racionalidad, debido a que la autoestima no considera peligrosos los cambios y por ende, no existe una contradicción en el pensamiento, por lo que el sujeto puede manejar las nuevas experiencias que se presenten.
- 8) En cuanto el deseo de admitir y corregir los errores, Branden lo puntualiza de la siguiente forma: “los hechos tienen una prioridad superior a las creencias. La verdad es un valor superior que tener razón. La conciencia se considera más deseable que una inconsciencia autoprotectora. Si la confianza en uno

mismo se une al respeto a la realidad, el corregir un error se considerará mejor que fingir no haberlo cometido.” (Branden; 2011: 68).

- 9) Como última característica, se menciona la benevolencia y cooperación, que se refiere a la empatía que siente el sujeto por las demás personas, y esta va a depender del ambiente en el que se desarrolló.

Ahora bien, la autoestima, como se ha descrito anteriormente, es fundamental en el desarrollo del ser humano y la permite enfrentarse a la vida con mayor confianza, generosidad y optimismo, por consiguiente, alcanzar más fácilmente sus objetivos y autorrealizarse.

Adicionalmente, permite que el individuo sea más ambicioso respecto a lo que espera experimentar emocional, creativa y espiritualmente; la autoestima permite tener el convencimiento de merecer la felicidad, comprender esto es fundamental, y origina el beneficio de todos, pues el desarrollo de la autoestima positiva aumenta la capacidad de tratar a los demás con respeto, benevolencia y buena voluntad, favoreciendo así las relaciones interpersonales enriquecedoras y evitando las destructivas (Branden; 2011).

Del mismo modo, la autoestima puede ser positiva o negativa, dependiendo de la percepción que tenga el sujeto sobre sí mismo.

Según Clark y cols. (2000), la adolescencia es una edad crítica para el desarrollo de la autoestima y sobre ello, puntualiza las siguientes características del sujeto con alta autoestima:

- Actuará independientemente, es decir, tendrá la capacidad de elegir y decidir cómo utilizar sus recursos de tiempo, espacio y económicos, creará relaciones sociales y actividades de esparcimiento saludables; asumirá sus responsabilidades, por lo que estará consciente de las obligaciones y tareas que debe realizar; también afrontará nuevos retos con entusiasmo, es decir, mostrará interés por actividades nuevas, que pondrá en uso y realizará con una adecuada confianza en sí mismo, asimismo, estará orgulloso de sus logros.
- Demostrará amplitud de emociones y sentimientos, esto se verá reflejado en su comportamiento; “sabrás reír, sonreír, gritar, llorar y expresar su afecto y, en general, sabrás pasar por distintas emociones sin reprimirse.” (Clark y cols.; 2000: 14).
- Tolerará apropiadamente la frustración, es decir que el adolescente con una autoestima alta tendrá la capacidad de enfrentar nuevos retos sin que existan en él sentimientos de minusvalía; se sentirá capaz de influir en otros, es decir, que será capaz de generar confianza, de modo que podrá explicar sus sentimientos y emociones de una manera firme y decidida.

Aunque por otro lado, cuando se presenta una baja autoestima o deficiente, en lugar de sentirse satisfecho con sus capacidades y sus logros, se genera una impotencia e incapacidad en todos los ámbitos de su desarrollo personal, limita la eficacia del proceso del pensamiento, llevando a la persona a que experimente miedo. Como la base de la autoestima es la búsqueda del placer, ya que en ella encuentra la sensación de eficacia, cuando la persona manifiesta una baja autoestima, esta búsqueda de placer va a ser exteriorizada como culpa, vergüenza o frustración. “La naturaleza de la autoestima y autoimagen de una persona no determinan su pensamiento, pero afectan a sus incentivos emocionales, de modo que sus pensamientos tienden a fomentar o recortar el pensamiento, acercarle a la realidad o apartarle de ella, llevarle a la eficacia o apartarle de ella.” (Branden; 2008: 232). Tener una alta autoestima es sentirse plenamente apto para el desarrollo biopsicosocial, es decir, competente y merecedor.

Como consecuencia, según Branden (2011), las investigaciones señalan que la felicidad personal es directamente proporcional al grado de autoestima de cada individuo.

Con base en lo anterior, Branden (2010) menciona que las personas que presentan una autoestima sólida, alta o sostenible, tendrían las siguientes características:

Buscan y mantienen relaciones sociales estables, respetan, sólidamente sus valores y principios, y están dispuestas a defenderlos aun cuando encuentren una

fuerte negativa pública; se sienten lo suficientemente seguros como para modificar esos valores y principios si las nuevas experiencias indican que estaban errados.

Son personas capaces de obrar según lo crean más conveniente, confiando en su propio juicio y sin sentir culpa, aun cuando a otros les parezca mal lo que hayan hecho. No dedican excesivo tiempo a preocuparse por lo que haya ocurrido en el pasado, ni por lo que pueda ocurrir en el futuro; tienen confianza en su capacidad para resolver problemas, sin dejarse abatir por los fracasos y dificultades que experimenten.

El sujeto considera que se siente igual, como individuo, a cualquier otro, aunque reconoce diferencias individuales; da por supuesto que es una persona interesante y valiosa para otros, por lo menos para aquellos con quienes se relaciona; no cae en juegos de manipulación, reconoce y acepta en sí mismo sentimientos e ideologías tanto positivas como negativas y está dispuesto a mostrarlas a otra persona si le parece que vale la pena; es capaz de disfrutar diversas actividades de esparcimiento, siente empatía por su prójimo, profesa un gran respeto por su persona.

Por otro lado las personas que presentan una autoestima baja o falsa presentan las siguientes características:

Ansiedad, sentimiento de minusvalía, no presentan objetivos ni metas, tienen una necesidad incontrolable de aceptación, tienen una percepción de desaliento, se

sumergen en relaciones inadecuadas, no sienten empatía por sus semejantes, son personas agresivas o solitarias, viven añorando un pasado y fantaseando un futuro; los aspectos negativos tienen más peso que las experiencias positivas, no encuentran placer en las actividades que realizan. En suma, tener una baja autoestima es sentirse inapropiado para alcanzar metas a lo largo de la vida.

1.6 Pilares de la autoestima

Branden (2011) sugiere seis prácticas fundamentales para fomentar la autoestima de cada individuo y así llegar a conseguir, un desarrollo interior íntegro.

Estos pilares son:

1. La práctica de vivir conscientemente.
2. La práctica de aceptarse a sí mismo.
3. La práctica de asumir la responsabilidad de uno mismo.
4. La práctica de la autoafirmación.
5. La práctica de vivir con propósito.
6. La práctica de la integridad personal.

Aunque en el 2011 agrega otro pilar:

7. La práctica de la disposición y voluntad.

A continuación se describirá cada pilar según Branden (2011)

1. La práctica de vivir conscientemente.

La evolución del ser humano se distingue del resto de las especies por el desarrollo de la conciencia, esto es, que mientras más edificada sea esta, más prospera será la forma de vida. La conciencia es “la capacidad de ser consciente del entorno de alguna manera, a algún nivel y de orientar la acción en consonancia, el termino conciencia en su significado primario es el estado de ser consciente de algún aspecto de la realidad.” (Branden; 2011: 87).

También se habla de la conciencia como una capacidad, es la individualidad que tiene el ser humano de reconocerse consciente; mientras que a la habilidad de formar conceptos y pensamiento se le define como mente; “si no aportamos un adecuado nivel de conciencia a nuestras actividades, si no vivimos de manera consciente, el precio inevitable es un mermado sentido de eficacia personal y de respeto de uno mismo, no podemos sentirnos competentes y valiosos si conducimos nuestra vida en un estado de confusión mental.” (Branden; 2011: 88).

El principio de vivir de manera consciente, reside en que sin importar el grado de inteligencia de cada individuo, el sujeto es capaz de racionalizar acciones, emociones y sentimientos y conducirse de una manera objetiva, sin que exista una traición a la conciencia, esto es, que el individuo niegue o ignore situaciones en las que incurre y no genera las oportunas correcciones de sus actos, significa tener un estado mental coherente para desenvolverse en todas las esferas sociales, es decir hacer lo correcto según las experiencias adquiridas; supone tener una mente activa,

es decir, que el sujeto toma decisiones por sí mismo sin esperar que otras personas lo hagan por él. Tiene una inteligencia que goza de su propio ejercicio, demostrando satisfacción por incrementar conocimientos y habilidades.

Estar en el momento sin desatender el contexto más amplio, quiere decir que el sujeto puede permanecer presente tanto física como mentalmente en una situación, prestando la atención necesaria, sin que ello implique que evadirá la realidad o que se estancará en esa situación y momento.

Puede salir al encuentro de los hechos importantes en lugar de rehuirlos, esto es, que tiene la capacidad de tomar nuevos riesgos y aprendizajes sin sentir impotencia (Branden; 2011).

2. La práctica de aceptarse a sí mismo.

Para que exista autoestima, se debe contar con la aceptación de uno mismo, de hecho, existe una correlación bastante amplia que en ocasiones puede confundirse, hay que diferenciar que “la autoestima es algo que experimentamos, la aceptación de uno mismo es algo que hacemos” (Branden; 2011: 111).

Este concepto tiene tres niveles: el primero hace referencia a que la aceptación se refiere a la afirmación de sí mismo, al egoísmo innato del ser humano, a la aprobación y al amor propio en toda su extensión, es la aceptación de sí mismo como individuo único, sin rechazar sus emociones y sentimientos.

El segundo nivel estima la disposición de experimentar y aceptar los sentimientos sin que las emociones generen malestar o inconformidad, es decir, que el ser humano es capaz de aceptar una situación en concreto a pesar de que exista un disgusto, es que exista una relación entre el respeto, y la realidad empleada sobre el sujeto. “La aceptación de sí mismo es la condición previa del cambio y el crecimiento, si no puedo aceptarme a mí mismo, no puedo estar verdaderamente para mí mismo, no puedo levantar la autoestima” (Branden; 2011: 114).

Y el tercer nivel se refiere a la empatía personal; la generosidad hacia la propia persona es la clave para la aceptación hacia uno mismo, es responsabilizarse de los actos sin discriminación.

Como menciona Branden, “una vez que asumo la responsabilidad de lo que he hecho, puedo avanzar a un nivel más profundo, ir al contexto” (2011: 115).

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

Este pilar es esencial para la autoestima, ya que es una proyección de esta; se expresa que una persona es responsable de sí misma cuando toma sus propias decisiones, hace conciencia del tiempo y espacio que dedica a las labores, en conclusión, es consciente y responsable de sus actos.

4. La práctica de la autoafirmación.

Significa observar las necesidades, deseos y valores de la persona e integrarlos sin agresividad, pero con firmeza, a la realidad, es oponerse a lo que se rechaza dependiendo de los valores morales, en otras palabras, que la vida de la persona depende únicamente de ella, en nadie más; es la única que puede inspirarse un sentimiento de seguridad, para esto es importante que esté consciente de que sus ideas, sentimientos y emociones son fundamentales.

Por último, la autoafirmación infiere la determinación de enfrentar los desafíos en lugar de eludirlos. “Cuando no nos expresamos a nosotros mismos, cuando no afirmamos nuestro ser, cuando no defendemos nuestros valores en los contextos en que es adecuado hacerlo, causamos heridas a nuestro sentido de la identidad personal. No es el mundo el que nos daña, lo hacemos nosotros.” (Branden; 2011: 144).

5. La práctica de vivir con propósito.

Es tener un proyecto, plantear objetivos y metas y realizarlos, ya que sirven de impulso para una vida proactiva. Para esto, debe existir eficacia y esta se va a demostrar en los logros de la persona, y no por que estos sean una prueba de su valía, si no porque gracias a ellos, la persona puede tomar conciencia de que su esfuerzo alcanza resultados deseados y esto confirma su eficacia, aunado a esto, debe existir autodisciplina, que es la capacidad que tiene el ser humano de realizar actividades específicas en un determinado margen de tiempo, y es indispensable para la autoestima.

6. La práctica de la integridad personal.

Este recurso “consiste en la integración de ideales, convicciones, normas, creencias, por una parte, y la conducta, por otra. Cuando nuestra conducta es congruente con nuestros valores declarados, cuando concuerdan los ideales y la práctica, tenemos integridad.” (Branden; 2011: 144).

7. La práctica de la disposición y la voluntad.

Se refiere a la integración práctica de estos pilares, a pesar de que no sea una actividad ordinaria para el ser humano, propone deshacerse de tabúes y prejuicios y vivir plenamente la experiencia de la autoaceptación.

En conclusión, los pilares de la autoestima, según Branden (2011), están dirigidos a que el individuo, como ser integral, adopte principios básicos, que genere conciencia de sus actos, que se acepte a sí mismo, que asuma la responsabilidad de su comportamiento, que tenga la imperiosa necesidad de hacerse valer y sentirse digno de sí mismo, que se plantee metas y objetivos y que los lleve a cabo, y al final, que integre sus conocimientos con sus valores de una manera congruente.

1.7 Medición de la autoestima

La autoestima es un rasgo de la psicología al que un gran número de autores le han dedicado su estudio, y uno de los más destacados es Coopersmith, quien

elaboró un cuestionario con el objetivo de medir la autoestima, donde se engloban diversos aspectos del entorno del sujeto, como la escuela, la familia y las relaciones sociales. (Brinkmann y Segure; 1988).

Esta prueba fue realizada en niños, de edades que oscilan entre los diez y los doce años, y de acuerdo con las respuestas, se les seleccionó en autoestima alta, media y baja. Acto seguido, se recolectaron más datos por medio de entrevistas, con los niños, los padres y los docentes, se emplearon tests psicológicos estandarizados, observación de campo y se midió el rendimiento escolar, encontrando que existía una correlación de 0.28 entre la autoestima y el rendimiento académico y de un 0.23 entre la autoestima y la inteligencia, es aquí donde identifica lo que el autor llama cuatro dimensiones de la autoestima, que son: competencia, virtud, poder y aceptación social.

Con este estudio, Coopersmith motivó a que se realizaran un gran número de estudios y condujo a que se elaboraran diversos cuestionarios, por ejemplo Harter (citado por Crozier; 2001) mantenía la idea de que la autoestima es variable dependiendo del entorno, ya sea familiar, escolar o de esparcimiento en el que esté el sujeto, por lo que intentó aislar las diferentes dimensiones del yo en diferentes edades. Por medio de cuestionarios estandarizados observó los resultados de los niños menores de ocho años y encontró una relación media entre las puntuaciones de las cuatro dimensiones, mientras que en el análisis factorial resultaron dos factores: uno de competencia cognitiva y otro de competencia física. En los niños de ocho a doce años se pudieron identificar cinco campos del yo, que son: competencia

escolar, competencia deportiva, aceptación social de los compañeros, conducta y apariencia física, esto demostró que los niños menores de ocho años responden a las preguntas de una manera global, mientras que los mayores encuentran la diferencia en los campos específicos.

Harter (referido por Crozier; 2001) se especializó en crear un cuestionario de informe en el que se evalúa la autoestima en las distintas edades, aunque esto tenía como consecuencia que desde este enfoque, los niños tendían a presentar perfiles de puntuación diferentes en las dimensiones a medir.

También ha demostrado que algunos campos a medir son más importantes que otros en relación con la autoestima global.

Por otro lado, Marchant y cols. (2002) elaboraron un test llamado Test de Autopercepción de Autoestima (TAE), para medir la autoestima en niños menores de 13 años, este test se estandarizó en 1997 y tiene como finalidad valorar el grado de autoestima, consta de 23 ítems a los que el menor responde positiva o negativamente, proporcionando resultados únicos, es decir, que no tiene subescalas; Los resultados que se pueden obtener van desde un puntaje de 0 a 23 puntos, por lo que entre más alto sea el puntaje, indicará que existe un mayor grado de autoestima, y viceversa, si el puntaje es menor indicará entonces que el nivel de autoestima es bajo. A este test se le une otro con el mismo nombre, pero este mide la percepción que los profesores tienen de los alumnos, dando así una correlación entre los datos

que arroja el menor y los datos del profesor para determinar el nivel de autoestima del niño (Crozier; 2001).

Otro test diseñado por González-Arratia, es el IGA-2001, que fue diseñado con la finalidad de medir la autoestima en niños y adolescentes de edades que oscilan entre los 7 a 15 años de edad, también ha sido certificado para medir la autoestima en jóvenes y adultos. Este cuestionario cuenta con la validez para medir la autoestima tanto en niños como en los adultos.

El cuestionario IGA-2001 es un instrumento que consta de 25 ítems, con tres opciones de respuesta (siempre, a veces, nunca). Puede aplicarse de manera individual o colectiva y no hay límite de tiempo para contestarlo.

González-Arratia (2001) menciona que la autoestima alta en los individuos estima el que se consideren buenos o suficientemente buenos; se respeta, vive e incita a que el ser humano coexista con integridad en todo su entorno; se presenta como una persona honesta, responsable, comprensiva, amorosa; tiene confianza en sus competencias y seguridad en sus decisiones; es capaz de reconocer sus capacidades y sus limitaciones, aunque también hay que resaltar que la persona se siente digna de ser estimada por los demás.

La autoestima alta está relacionada con la salud mental del individuo y establece las siguientes características:

El sujeto es cooperativo, justo, puede jugar solo o con otras personas, es decir, puede relacionarse sanamente con sus compañeros; es creativo, esto es, que tiene la capacidad para generar nuevas ideas o conceptos, que habitualmente producen soluciones originales; demuestra energía y alegría, está dispuesto a aprender y actualizarse, acepta su género y su rol sexual, se relaciona adecuadamente con el sexo opuesto, desarrolla bien su trabajo y siente satisfacción de ello, se aprecia a sí mismo y a los demás, tiene la facultad de manifestar sus sentimientos sin que esto impida que las personas de su entorno también lo hagan, asume sus responsabilidades, afronta nuevos retos, tiene tolerancia a la frustración, tiene una influencia positiva en los demás, posee mayor independencia social, es una persona asertiva, es decir, que expresa lo que piensa y lo que siente en el momento adecuado, sin que exista ningún tipo de agresión hacia otros. Es una persona exitosa, experimenta una sensación de seguridad, tiene facilidad de hacer amistades, muestra un destacado entusiasmo hacia nuevas actividades, sigue las reglas si es lo apropiado, ya que tiene la capacidad de discernir entre que correcto o lo incorrecto según sus convicciones.

No necesita de los demás para divertirse, aunque no le desagrada la presencia de otros, desarrolla habilidades que le permiten llegar a cumplir objetivos que el crea más convenientes. Tiene un total aprecio hacia su persona y respeto tanto a él como a los demás. (González-Arratia; 2001).

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

Tienden a ser optimistas y expresivos, presentan una elevada capacidad para soportar las críticas, aunque se hallan ansiosos por la aceptación social. Son personas más activas que los de autoestima elevada, porque gracias a la imperante necesidad de ser aceptados en un círculo social, tienden a incurrir en demasiadas actividades tanto sociales como de superación personal, esto con la finalidad de poder demostrar su valía.

Finalmente, las personas con autoestima baja presentan las siguientes características:

Se sienten aisladas, son incapaces de expresarse o defenderse; no se sienten merecedoras de amor, debido a que ellas mismas no se perciben como personas dignas de ser valoradas y respetadas, por consiguiente, van a establecer relaciones insanas; son demasiado endebles para afrontar sus carencias personales, son sujetos pasivos y no participan socialmente en actividades que desde su perspectiva impliquen un esfuerzo; se encuentran constantemente preocupadas, por consiguiente, presentan gran cantidad de enfermedades psicosomáticas, y son susceptibles a la crítica; son desconfiadas de sí mismas, ya que no sienten la capacidad de poder realizar actividades o llevar a cabo proyectos; por lo regular suelen ser pesimistas y deforman su propia imagen, exagerando sus deficiencias tanto físicas como mentales; son personas apáticas y pesimistas, tienen sentimientos de inferioridad los que llevan a la envidia y celos.

Manifiestan sentimientos de tristeza, depresión, renuncia, sacrificio, ansiedad, lo que las hace personas agresivas, rencorosas y con todas estas características juntas, se ve reflejado en un sentimiento de profundo sufrimiento.

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

Otro instrumento para medir la autoestima es la Escala de Autoestima de Rosenberg, este test se presentó por primera vez en 1965 y fue revisado en 1989. La escala consta de 10 reactivos y cuatro opciones de respuesta, proporciona una puntuación mínima de 10 y máxima de 40, de modo que permite valorar el nivel de autoestima como baja, buena y muy buena, dependiendo de la puntuación, es decir, que mientras más bajo sea el puntaje que presente el sujeto el nivel de autoestima, se determinará como bajo, y viceversa (González-Arratia; 2001).

También existe la Evaluación clínica de Neva Milicic, diseñada en el 2001; la autora presenta la evaluación clínica de la autoestima escolar basándose principalmente en 5 categorías que caracterizan a los niños con buena y mala autoestima (González-Arratia; 2001):

La primera categoría es la autoestima física, que consta en diferenciar tanto los aspectos positivos como negativos de cómo el sujeto percibe su cuerpo: si se siente atractivo o no, si cuida su cuerpo, o en dado caso que tenga alguna limitación física, cómo enfrenta la discapacidad.

La segunda categoría es la autoestima afectiva, aquí se miden de igual manera los aspectos positivos y los negativos, aunque lo que se evalúa en este apartado es cómo el sujeto se percibe o no como una persona independiente, segura de sí misma, que acepte tanto los desafíos como sus limitaciones de una manera objetiva, que tenga una percepción real de sí mismo, que sea tolerante a la frustración o que se deje abatir por las dificultades que se le presenten.

La tercera categoría es la autoestima social, en este apartado principalmente se valora la capacidad del sujeto para relacionarse con su medio ambiente.

El cuarto apartado es la medición de la autoestima académica, se considera la medición de las capacidades del sujeto para los logros académicos o laborales que se le presenten.

Y el quinto apartado a medir es la autoestima ética, aquí el sujeto es evaluado por el grado de experiencias y congruencia que muestra en sus actividades.

Por lo tanto, es posible crear una medida para el autoestima teniendo cimientos empíricos, elaborando cuestionarios, creando correlaciones, analizándolos factorialmente, y extrayendo un común denominador. Estas investigaciones han ayudado a tener una idea más clara y precisa sobre la autoestima y como esta característica puede variar, dependiendo de varios factores externos e internos, así como también de una persona a otra.

En conclusión, como se describió en este capítulo, la autoestima es la valoración, generalmente positiva, de uno mismo. Al hacer una recopilación de datos de los diferentes autores, se llega a la conclusión de que por definición, la autoestima es: la suma de juicios, creencias, capacidades, actitudes, dimensión afectiva de la imagen personal, así como la evaluación que hace y mantiene habitualmente la persona con respecto a sí misma; esta puede estar orientada de una manera positiva o negativa, con relación directamente proporcional a la autovalía del sujeto.

Se habló de la importancia que tiene la autoestima en los individuos, debido a que es primordial para el desarrollo del ser humano en todas las etapas de su vida; se abordó también del desarrollo y del origen y se destaca que la autoestima, por ser un factor aprendido, varía desde que el infante se descubre como un ser independiente y único, aislado de sus padres, así recaba experiencias que lo ayudarán en su desarrollo, para después poner en práctica los conocimientos que tiene de su persona.

También se analizaron, desde la postura de Branden, los pilares que conforman la autoestima y lo crucial que es para el desarrollo de esta, que se integren a las prácticas y convicciones del ser humano.

Además, se establecieron las características de una autoestima alta, media y baja que según los autores, mediante instrumentos de medición se pueden diferenciar, por la valía de cada individuo y el autoconcepto que se tenga.

Y como término de este capítulo, se analizaron varios instrumentos para medir la autoestima, algunos desde un enfoque global y otros partiendo de escalas o dimensiones para considerar los diferentes entornos del individuo. El más utilizado es el Inventario de Autoestima, del autor David Coopersmith ya que abarca rasgos importantes a medir en lo que se refiere a autoestima y no está focalizado sobre un sector de la población en especial, sino que esta estandarizado y validado para poder medir la autoestima tanto de niños, como de adolescentes y adultos.

CAPÍTULO 2

TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN

En el presente capítulo se ahondará sobre los antecedentes de los trastornos de alimentación, así como la definición y las características de la hiperfagia, vómitos en otras alteraciones, trastornos por atracón, y de la conducta alimentaria en la infancia, haciendo énfasis principalmente en la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa; de igual manera, se hablará de la esfera oroalimenticia del infante, su organización y las alteraciones de esta; se explicara el perfil de la persona con trastornos de la alimentación, del mismo modo, los factores que hacen vulnerable a una persona a padecerlos; y aquellos que mantienen el padecimiento. Finalmente, se describirá cuáles trastornos están asociados a los alimenticios y cuál es el tratamiento recomendable.

2.1 Antecedentes históricos de la alimentación.

Desde tiempos inmemoriales, la comida ha tenido un alto impacto en las civilizaciones, ya que antes se utilizaba como medio social principalmente para demostrar y ejercer poder, aunque también como símbolo religioso, con una connotación de sacrificio e invitando al ayuno para conseguir un estado de purificación. Un caso muy famoso fue el de Catalina de Siena, quien recibió una estricta educación religiosa y a la edad de siete años inició rechazando la comida, así continuó hasta la adolescencia, donde únicamente ingería hierbas y muy poco pan;

aunque cabe mencionar que no todos los cuadros anoréxicos estaban ligados a la penitencia (Jarne y Talarn; 2000).

Las primeras teorías que surgen a partir de los trastornos de alimentación eran exclusivamente de origen biológico, ahora se “considera que en la génesis del trastorno deben influir, un conjunto de factores encadenados, psicológicos, biológicos, sociales, y se preconizan modelos de tratamiento pluridisciplinarios que aborden los tres núcleos conflictivos de la anorexia: el peso, la figura y los pensamientos alterados.” (Jarne y Talarn; 2000: 142).

Russell (citado por Jarne y Talarn; 2000) menciona características como una ingesta voraz y, acto seguido, conductas de purgas; el autor le denominó bulimia nerviosa, ya que a diferencia de la anorexia nerviosa, en dicho padecimiento existe una ingesta de alimento.

2.2 Definición y características clínicas de los trastornos alimenticios.

“Los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria.” (APA; 2002: 553), esto es, que existe una variación en la forma de ingesta de los alimentos, ya sea de manera disminuida, nula o excesiva.

2.2.1 Anorexia nerviosa.

Según Belloch y cols. (1995), anorexia significa falta de apetito, y es un término para referirse a un síntoma que se da en algunas enfermedades y trastornos; no obstante, cuando se habla de anorexia nerviosa, la persona no tiene una pérdida del apetito, por el contrario, siente hambre pero no ingiere alimento, por un miedo irracional a ganar peso.

De igual manera, la APA (2002) menciona algunas características de dicha perturbación, entre las cuales se presenta el miedo irracional a ganar peso, la alteración de la percepción visual del cuerpo; las mujeres presentan amenorrea de por lo menos tres periodos. En general, los sujetos con este trastorno no tienen conciencia de esta alteración y la niegan.

Belloch y cols. (1995) mencionan que las personas con este trastorno, realizan rituales de alimentación singular, y cuando existe la sensación de hambre, ingieren líquidos o alimentos con un bajo o nulo contenido nutricional, emplean laxantes, se inducen el vómito y tienen una exagerada actividad física, en los adolescentes se retrasa el desarrollo sexual, y en las personas adultas disminuye la libido.

Jarne y Talam (2000) expresan que la anorexia nerviosa comienza a temprana edad, existen pocas conductas autolíticas, los sujetos optan por la inanición, también presentan complicaciones médicas crónicas, cuentan con pocos antecedentes de obesidad y llevan una dieta restrictiva.

Dentro de este trastorno existen dos aspectos:

1. El conductual: que inicia cuando el sujeto empieza con una dieta restrictiva y si no es suficiente, entonces recurrirá a laxantes y vómitos inducidos, también presenta una actividad física elevada.
2. El aspecto cognitivo: “las alteraciones más frecuentes en la anorexia son distorsiones cognitivas, trastornos de la imagen corporal y alteraciones interperceptivas.” (Jarne y Talam; 2000: 153); en función de ello, el éxito se establece a través de un cuerpo delgado.

Existen dos tipos de anorexia nerviosa, según la APA, (2002) y son:

1. Restrictivo: aquí la pérdida de peso se logra a partir de la dieta rigurosa, el ayuno y el excesivo ejercicio, en este tipo de anorexia el sujeto no recurre a purgas, laxantes ni atracones.
2. Compulsivo/purgativo: el sujeto recurre a laxantes, purgas, enemas, diuréticos, después de un atracón o sin que exista este; hay que destacar que recurren a estas técnicas por lo menos una vez a la semana.

Castillo y León (2005) describen una variante, que es la anorexia nerviosa atípica, aquí el sujeto puede presentar las características de la enfermedad o no, llegan a faltar signos como que no exista una pérdida significativa de peso, o que no se presente la amenorrea.

2.2.2 Bulimia nerviosa.

“La etimología del vocablo bulimia proviene de las raíces griegas bus - buey- y limos -hambre- significando por tanto hambre desmesurada” (Belloch y cols.; 1995: 538)

En el mismo sentido, “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. Después del episodio el sujeto se siente malhumorado, con tristeza y sentimientos de autocompasión o menosprecio” (Jarne y Talarn; 2000: 164). Por lo que las personas con este padecimiento se alejan de las pautas de alimentación saludables.

Las características esenciales según la APA (2002), consisten en atracones seguidos de conductas compensatorias, esto con la finalidad de no ganar peso; tales conductas se presentan en promedio de dos veces a la semana. El atracón se define como la ingesta de alimento en un corto periodo de tiempo, con cantidades superiores a las que la mayoría de las personas ingerirían, seguido de conductas compensatorias como son: vómitos, laxantes, diuréticos, purgas y enemas, entre otros.

“Los atracones varían de frecuencia en función del estado de ánimo y de la disponibilidad, y los alimentos ingeridos durante la crisis bulímica no obedecen a preferencias específicas, sino más bien a condiciones circunstanciales; las conductas

de purga no son regulares y el miedo a ganar peso se supedita al estado de ánimo o a otras circunstancias” (Jarne y Talarn; 2000: 167).

Jarne y Talarn (2000) mencionan dos tipos de alteraciones en la bulimia nerviosa: la conductual, que se caracteriza por una conducta desequilibrada; y el aspecto cognitivo, que tiene pensamientos erróneos sobre la figura y el peso. También describe dos tipos de bulimia nerviosa: el purgativo, que consiste en la inducción del vómito, o la administración de laxantes, diuréticos o enemas en exceso después de un atracón; y el no purgativo, que consta de utilizar otras técnicas como son ejercicio intenso o ayuno.

Castillo y León (2005) consideran un tercer tipo de bulimia nerviosa que es la atípica, esta categoría se utiliza para referirse a aquellos casos que no cumplen con la mayoría de las características, como pueden ser que el sujeto tenga un peso superior al normal o que esté dentro de los estándares.

2.2.3 Obesidad.

Según Belloch y cols. (1995), la obesidad se define por la presencia de una excesiva cantidad de grasa en el cuerpo, esto es el resultado de un desequilibrio calórico debido a un elevado aporte energético y una reducción del gasto de energía.

Jarne y Talarn (2000) mencionan que las personas obesas comen de una manera excesiva, y la psicología ha intentado explicar la conducta de sobreingesta; algunas teorías explican que el consumo excesivo de alimento es debido problemas de personalidad que compensan comiendo en exceso; otros factores incluyen la ansiedad. Cabe mencionar que a diferencia de la anorexia y la bulimia nerviosa, la obesidad es considerada como un trastorno médico, y no como una perturbación alimentaria, por lo que no se ahondará en el tema.

2.2.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.

Se le denomina hiperfagia a la “ingesta excesiva como una reacción a acontecimientos estresantes y que da lugar a la obesidad. Duelos, accidentes, intervenciones quirúrgicas y acontecimientos emocionalmente estresantes pueden dar lugar a una ‘obesidad reactiva’, en especial en pacientes predispuestos a la ganancia de peso” (Castillo y León; 2005: 225).

En la hiperfagia se da una ingestión de cantidades excesivas de alimento; se manifiesta por un deseo irresistible de comer, se come continuamente, pero este comportamiento no va seguido de conductas autolíticas.

A este trastorno también se le da el nombre de hiperfagia psicógena.

2.2.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas.

“Se le conoce con el termino de vómitos psicógenos e hiperémesis gravídica psicógena.” (Castillo y León; 2005: 225); esto es, que los vómitos son repetidos y no autoprovocados, se presentan náuseas recurrentes; están presentes como un síntoma de la hipocondría y en el embarazo, debido a cambios hormonales y factores emocionales.

2.2.6 Trastornos por atracón.

Castillo y León (2005) mencionan que este trastorno se caracteriza por la aparición de atracones recurrentes, sin presentar conductas compensatorias.

El paciente tiene cuadros de malestar, disgusto, siente culpa e inclusive depresión, por lo que come con desesperación de manera rápida, sin masticar los alimentos ni presentar hambre, lo que le genera una sensación de desagradable plenitud.

Este trastorno, según Castillo y León (2005), es debido a varios factores, entre los que se encuentra la depresión que surge después de haber intentado dietas con el objetivo de bajar de peso, las cuales no han dado resultado desde el punto de vista de estos sujetos y por lo tanto, descargan la tensión en la comida. A lo largo de su vida oscilan entre variantes de peso importantes, de modo que “este trastorno interfiere en sus relaciones interpersonales, le provocan baja autoestima, dificultad

para aceptarse a sí mismo, depresión, ansiedad y preocupaciones excesivas por su imagen corporal.” (Castillo y León; 2005: 230).

2.2.7 Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia.

Jiménez (1997) menciona que este tipo de trastorno de tipo alimentario se le denomina menor, ya que se da con elevada frecuencia durante el periodo de la infancia y se refiere al conjunto de problemas comportamentales.

Existen comportamientos disruptivos durante la comida y hábitos alimentarios inadecuados, esto hace referencia a que el menor coma de pie, juegue mientras come, o que no pueda ingerir alimentos si el adulto no está hablándole o jugando con él; también cuando el infante se niega a utilizar cubiertos si la comida lo amerita, o que simplemente se niegue a comer solo, cuando ya tiene edad para realizar dicha tarea. Cabe destacar que estos comportamientos son normales a una determinada edad; pero inadecuados para otra (Jiménez; 1997).

Jiménez (1997) menciona seis comportamientos que dificultan la instauración de reglas en el ritual de la comida y son:

- 1) El rechazo de alguna clase de comida: “la mayor o menor gravedad de este problema radica en si el rechazo del niño es solo de algún alimento concreto o, por el contrario, la gama de alimentos que se niega a ingerir es tal que puede afectar negativamente a la salud del infante” (Jiménez;

2005: 212). Por otro lado, Castillo y León (2005) hacen referencia al rechazo alimentario y expresan que puede surgir en múltiples patologías, una de ellas es la anorexia.

- 2) Negación a tomar alimentos sólidos: este comportamiento es frecuente y se trata de una conducta normal que va desapareciendo a medida que el niño empieza a incorporar los alimentos sólidos en la dieta. Este problema encuentra su normalidad cuando el menor está en la transición de pasar de alimentos líquidos a sólidos, si el infante sigue presentando la negativa es cuando ya se considera un problema serio.
- 3) La ingesta de comida mezclada es otra conducta inadecuada en la infancia y se refiere a mezclar los alimentos que están triturados y generar una aleación de sabores.
- 4) La falta de apetito es otro trastorno en la conducta alimenticia infantil; es cuando el niño se resiste a la ingesta de alimentos tanto sólidos como líquidos, “la mayoría de las veces no existe un problema; cuando el problema aparece, puede ser de dos maneras: que el niño coma poco en general, o que la cantidad de comida se considere pequeña solo cuando ingiere algunos alimentos determinados.” (Jiménez; 1997: 215).
- 5) El tiempo de comida excesivo: se refiere a cuánto tarda el menor en comer, algunos motivos por los cuales el niño puede manifestar este

tiempo exagerado para alimentarse se debe a una negación para ingerir alimentos sólidos, o a un exceso en los estímulos distractores en su entorno a la hora de la comida.

- 6) Los vómitos: se debe descartar cualquier causa física que los pudiera provocar y existen dos motivos, el primero es el rechazo a la comida y el segundo, las variables ambientales.

Castillo y León (2005) mencionan otros trastornos de la conducta alimentaria en la infancia, que son:

Pica o alotriofagia: es un trastorno de la ingestión y de la conducta alimentaria, en el que existe un deseo irresistible de comer sustancias no nutritivas y poco usuales. Es una patología alimentaria en la que la persona afectada, por causas físicas, mentales y culturales.

Rumiación o mericismo: “se trata de un trastorno poco frecuente. Consiste en la regurgitación repetida de la comida ingerida, se acompaña de pérdida de peso o incapacidad para ganar el peso esperado para la edad del niño debido a que la comida es expulsada, o, en otras ocasiones de nuevo deglutida” (Castillo y León; 2005: 227).

Castillo y León (2005) expresan que algunos autores lo atribuyen a un desequilibrio en la relación materno-infantil; este padecimiento es también frecuente

en los niños con retraso mental o problemas neurológicos graves, por ello, se deben descartar problemas médicos.

La potomanía se define como “una alteración, no recogida en ninguna de las dos clasificaciones que sobre enfermedades mentales existen. Se trata de la ingesta excesiva de líquidos, habitualmente agua.” (Castillo y León; 2005: 227). Este trastorno provoca el deseo frecuente de beber gran cantidad de líquidos, de manera compulsiva; generándose así una agradable sensación de placer, aun sin tener sed. Debe descartarse una patología médica como diabetes

“En la potomanía podemos encontrar en los pacientes estructuras caracteriales histéricas, se puede ver también como síntoma en sujetos aquejados de anorexia nerviosa en los que el objetivo de la ingesta excesiva de agua es el de inducir saciedad o engañar sobre la ganancia ponderal real.” (Castillo y León; 2005: 227).

2.3 Esfera oroalimenticia en el infante.

Según Ajuriaguerra (1973), la esfera oroalimenticia del infante se refiere a la zona en la que el infante reconoce el mundo que lo rodea y en este caso, es la boca, los labios y la lengua; este reflejo de succión y deglución aparece muy tempranamente; esta es la principal relación que el recién nacido tiene con el mundo exterior, por lo que debido a esto, es la manera en la que el infante se relaciona con

los objetos y percibe el objeto del que puede obtener el bien; busca saciar su necesidad de hambre y obtiene la nutrición que necesita.

2.3.1 Organización oroalimenticia.

La esfera oroalimenticia se refiere a la manera en que el infante, por medio de la boca, busca conseguir placer, relacionarse con el mundo exterior y adquirir los nutrientes que necesita; ahora bien, hay que señalar que el niño reacciona con menor intensidad cuando está saciado que cuando tiene hambre.

Según A. Freud (citada por Ajuriaguerra; 1973) existen dos tipos de satisfacción distintas: la primera es la de saciar el apetito y la segunda, la satisfacción erótica oral.

El infante diferenciará a su madre del alimento a partir del segundo año de vida.

“La actividad oral es fuente de satisfacción y biológica necesidad de nutrición. El acto de tetar no responde exclusivamente a la satisfacción que le produce el comer, sino que procura un auténtico placer. El niño descubre que la excitación la boca y los labios le place, aunque no vaya acompañada de la comida.” (Ajuriaguerra; 1973: 179).

Ajuriaguerra (1973) menciona que gran número de autores dan suma importancia al tipo de alimentación que recibe el infante debido a la estructuración de la mente, ya que las primeras emociones van como consecuencia de la succión; ahora bien, “dar el alimento a un niño no es un simple acto nutritivo, darle algo por vía oral, sino una entrega por parte de la madre de sí misma, no solo por el pecho que da, si no por su actitud.” (Ajuriaguerra; 1973: 182). Mediante al acto de tetar, el niño se siente confortado, todas sus necesidades son cubiertas, no solo el aspecto nutricional, sino también el afectivo.

Por otro lado, “la comida es una institución social con un ritual y una participación de la familia. Por sus horarios y la manera de llevarlo a cabo se siente como una obligación, y su aceptación es un regalo para los padres.” (Ajuriaguerra; 1973: 183).

El comer tiene varias connotaciones porque tiene un valor nutricional, es un acto que tiene como finalidad el desarrollo físico y causa un deleite.

Con lo anterior, según Ajuriaguerra (1973) son las madres superprotectoras, las hiperansiosas o rígidas quienes contribuyen directamente en la personalidad de sus hijos, al alimentarlos de una manera inadecuada.

2.3.2 Alteraciones de la esfera oroalimenticia.

Según Ajuriaguerra (1973), existen alteraciones que surgen en el desarrollo del menor, como son:

- La anorexia esencial precoz: este tipo es relativamente raro y puede presentarse en el primer día de vida del menor o en las primeras semanas; el neonato muestra una apatía ante la comida y, pasados los meses, se muestra renuente a ingerir alimento.
- La anorexia del segundo semestre: este tipo es más frecuente, se presenta entre el quinto y el octavo mes, y se da principalmente al eliminarse la leche e ir introduciendo alimentos sólidos.

De aquí según el comportamiento que el menor tenga hacia la comida se marcan dos tipos de anorexia.

- La anorexia inerte, que es cuando el menor no coopera ni tiene la voluntad de ingerir leche.
- La anorexia de oposición, la cual consiste en que el menor rechaza la comida mediante técnicas de oposición, como son vómitos, llantos, entre otras reacciones. En este tipo de anorexia, por lo general, el menor logra su cometido mientras que los padres terminan frustrados.

“La pasividad o rebeldía ante la comida son las únicas formas de manifestar su personalidad en oposición al adulto.” (Ajuriaguerra; 1973: 185).

Según L.Kreisler (citado por Ajuriaguerra; 1973) existen dos tipos de anorexia que son: la simple, que al principio puede presentar características similares al destete, al cambio en la alimentación del menor o una enfermedad, principalmente es un rechazo a la comida sin que exista una pérdida del apetito; el otro tipo es la anorexia compleja, que se caracteriza porque los síntomas habituales son más intensos y el tratamiento no surge efecto.

La anorexia en la segunda infancia puede postergarse de la primera, aunque no es una regla, ya que también puede aparecer en niños que no han presentado un rechazo frente a la comida; “la evolución de la anorexia es más grave fisiológicamente, pero da la pauta de la conducta a seguir en cuanto a la comida en el futuro.” (Ajuriaguerra; 1973: 186).

2.4 Perfil de la persona con trastorno de alimentación.

“Los trastornos del comer afectan tanto la personalidad, que se vuelve difícil separar los rasgos característicos de la persona, de los que aparecen como resultado una vez que se instala el trastorno del comer” (Costin; 2003: 69). De igual manera, ninguno de estos, por sí solos, producen un trastorno alimentario, sino como un conjunto.

Costin (2003) menciona que existen factores predisponentes familiares e individuales, entre los que se encuentran los problemas con la autonomía; y “una posible predisposición a los trastornos de la alimentación, es la dificultad que tienen ciertas personas para funcionar de forma discriminada de la familia o de otros patrones externos” (Costin; 2003: 72).

Otro factor predisponente es el déficit de autoestima, ya que si el sujeto no se acepta a sí mismo, porque no considera encajar con los cánones de belleza o perfección que establece la sociedad, entonces se genera un sentimiento de minusvalía.

El camino a la perfección y el autocontrol es otro factor predisponente, en el que la búsqueda de la perfección se proyecta en el peso y la imagen corporal, “para alcanzar la perfección es preciso mantener el cuerpo ideal, a cualquier costo.” (Costin; 2003: 75). Estos sujetos quieren un control excesivo en todos los aspectos de su entorno, tratan mediante todas las maneras posibles, de manipular su peso corporal. “Pero lo más dañino y lo más frustrante de esta forma de encarar las cosas es que, de hecho, la persona con trastorno del comer no logra nunca ese control por el que lucha tanto.” (Costin; 2003: 77).

El miedo a madurar se presenta principalmente en la adolescencia, ya que es un periodo de cambios físicos, sexuales, sociales y emocionales. Las transformaciones físicas vienen acompañadas por un aumento de peso tanto en hombres como en mujeres. “Para muchas jóvenes que tienen trastornos de la

alimentación, este puede ser un factor precipitante, una intolerancia a esta realidad, una dificultad para aceptar un cuerpo que inevitablemente transmite el mensaje de que ya se ha dejado la infancia.” (Costin; 2003: 78).

2.5 Causas del trastorno alimenticio.

Costin (2003) hace énfasis en que existen diferentes factores o causas que predisponen a un ser humano para que tenga un trastorno de alimentación, no obstante, ninguno de ellos por sí solo es el origen.

“Predisponer significa preparar con anticipación una cosa o el ánimo para un fin” (Costin; 2003: 52). Cuando se habla que existen factores predisponentes, se refiere a cómo la sociedad, la cultura, la familia y los pensamientos individuales preparan al organismo a tener ciertos pensamientos, sensaciones y sentimientos de cómo debe ser en este caso, la imagen corporal o el peso y qué se debe considerar como una figura deseada, tomando en cuenta el medio en el que el sujeto se desarrolla.

Para que un ser humano se vuelva vulnerable a desarrollar un trastorno alimentario, debe intervenir un conjunto de factores individuales, sociales, culturales y familiares; que a su vez exista un factor detonante, que precipite al sujeto a tomar un medio de evasión de la realidad; y que mediante los estímulos, cause efectos físicos y emocionales en el ser humano.

2.5.1 Factores predisponentes individuales.

Ogden (2005) hace hincapié en que existen factores individuales de prevalencia que conllevan a que un sujeto presente una patología hacia la comida. Algunos factores que menciona la autora son: el aprendizaje, este se refiere a los conocimientos y experiencias que el sujeto adquiere a lo largo de su desarrollo; las creencias, aquí hace alusión a las preferencias religiosas y a la cultura; las actitudes son otro factor predisponente y es la manera en que los sujetos se enfrentan ante los problemas de la vida, y la constitución psicofisiológica de la persona, por lo que no solamente la elección de la comida es por el valor nutricional.

“Los alimentos representan aspectos de la identidad del sujeto en términos de género, sexualidad, conflictos y autocontrol, así como en las formas en que son fundamentales para la interacción social, como la comunicación del amor y del poder. Y como símbolo de la identidad cultural, en relación con la religión, el poder social y la delimitación entre cultura y naturaleza.” (Ogden; 2005: 64). Esto es, que la comida tiene por sí misma un sinnúmero de connotaciones en los que destacan el prestigio, estatus o riqueza, se utiliza como un medio para relacionarse con la sociedad, se clasifica en cinco tipos de sistemas según Helman (citado por Ogden; 2005):

- 1) Comida frente a no comida: se refiere a las sustancias o elementos que se consideran comestibles o no.

- 2) Comidas sagradas frente a comidas profanas: marca la diferencia entre las comidas que son aceptadas, dependiendo las creencias religiosas y las que no encajan con los cánones establecidos por dicha ideología.
- 3) Clasificación de comidas paralelas: aquí se establece la diferencia de alimentos dependiendo no de las propiedades, sino del valor simbólico que se le da y que varía de una cultura a otra.
- 4) Comida como medicina: “describe la separación y el solapamiento entre comida y medicina.” (Ogden; 2005: 66) esto es, que algunos alimentos se utilizan como medicamentos, por lo que no pueden ingerirse en determinadas etapas del desarrollo.
- 5) Comidas sociales: en esta clasificación se describe como la comida es utilizada como un medio de interacción social, para afirmar y desarrollar dicha relación.

Es por esto que la comida tiene el significado que el individuo le da y Ogden (2005) delimita la comida en diferentes contextos que a continuación se describirán.

- La comida como afirmación del yo: “la comida 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).
- La comida y la sexualidad: Ogden (2005) expresa que existe una asociación simbólica entre la comida y el sexo, ya que ambos son un

impulso básico para la supervivencia y perpetúan la vida, también son fuente de placer y si se extralimitan, implican una inestabilidad.

- Comer frente a la negación: “la comida es también un foro para muchos conflictos intrapersonales. Uno de esos conflictos se produce entre la conducta de comer y la negación.” (Ogden; 2005: 69). El mensaje es brindar alimentos, pero mantener un cuerpo esbelto y estilizado.
- Culpabilidad frente al placer: la sociedad ha marcado y estigmatizado a determinados alimentos como un placer prohibido, por consecuencia, al ingerirlos se genera placer y al mismo tiempo, culpa.
- La comida y el autocontrol: el sujeto obtiene control a partir de establecer lineamientos de lo que puede o no comer. “La comida comunica aspectos del yo en relación con la sexualidad, los conflictos entre la culpabilidad y el placer, el comer y la negación y es una declaración de autocontrol.” (Ogden; 2005: 73).
- La comida como interacción social: “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.” (Ogden; 2005: 73). La comida crea un nexo con la sociedad.

- La comida como amor: Lawrence (citado por Ogden; 2005) expresa que mediante la comida se demuestra el amor, desde que el niño nace y la madre le brinda alimento, se crea un lazo, y la comida que le brinda es la demostración de amor.
- Salud frente a placer: si la comida no es alta en valor nutrimental, no es placentera, pero es saludable, entonces se generará el conflicto; la comida baja en nutrientes y con un valor calórico elevado, es placentera pero no saludable (Ogden; 2005).
- La comida refleja relaciones de poder: en los grupos sociales donde el hombre es el género dominante, come primero él, o bien, la mujer le sirve para comer juntos. En esa situación, la comida y el orden de servir marcan la jerarquía familiar y por consiguiente, son el medio para proyectar el poder.
- La comida como identidad cultural: “la comida es una forma de comunicación sobre la identidad de una persona y sobre esta identidad en el contexto de otras.” (Ogden; 2005: 76).
- La comida como identidad religiosa: “los alimentos y las comidas familiares desempeñan un papel central en el establecimiento de la identidad religiosa” (Ogden; 2005: 76); Starr Sered (citado por Ogden; 2005) señala que las comidas que preparan las mujeres, incluyen

símbolos y los rituales dan un significado de santidad; por lo tanto, las actividades de comer los alimentos, preparar la comida, y servirla a los miembros de la familia, sirven como medio para llegar a la santidad.

- La comida como poder social: “la comida es también un símbolo de estatus social. Las personas poderosas comen bien y son alimentadas por otros” (Ogden; 2005: 77). La comida es una declaración de estatus social y una demostración del poder que se tiene.

2.5.2 Factores predisponentes familiares.

Los factores familiares que causan que una persona tenga un trastorno según Costin (2003) son: “escasa comunicación entre sus miembros, incapacidad para la resolución de los conflictos que se presentan, sobreprotección por parte de los padres, rigidez y falta de flexibilidad para encarar las situaciones nuevas, o regular las reglas familiares adecuándolos a los cambios de etapa; ausencia de límites generacionales, expectativas demasiado altas de los padres respecto de sus hijos; historias familiares que incluyen depresión y alcoholismo; existencia en el seno de la familia de abuso sexual o físico.” (Costin; 2003: 81).

Asimismo, Rausch (1996) menciona que las familias suelen inhibir la agresividad y las conductas hostiles; este suceso hace que la interacción sea rígida y que exista una fantasía de amor fraternal.

Además de ello, existen fronteras problemáticas; “las fronteras claras marcan espacios que permiten anticipar el lugar de cada uno en una determinada situación.” (Rausch; 1996: 54).

Los padres incrementan la rivalidad entre hermanos al existir comparaciones entre los miembros de la familia. De igual manera, las jerarquías alteradas se presentan cuando los roles en la familia se intercalan y se genera una disociación en los roles familiares.

Las fallas en el control son otra de las características que establece Rausch (1996) y se refiere a las familias en las que existe demasiada rigidez en las reglas del hogar, o que no existan límites, da como consecuencia una inhibición del desarrollo en la autonomía.

Por lo tanto, “nadie del hogar queda exento de estar afectado de alguna manera y por lo tanto, no es el enfermo el único de la familia que tiene problemas.” (Rausch; 1996: 43).

2.5.3 Factores socioculturales.

Costin (2003) expresa que el peso tiene un significado relevante en la autoestima y la felicidad de las mujeres principalmente, reforzando la idea de que belleza y aceptación es sinónimo de delgadez.

“El contexto sociocultural premia la delgadez y tiene prejuicios contra la gordura” (Costin; 2003: 59).

Cuando se habla de un cuerpo ideal, no se refiere a un cuerpo saludable, sino a los estándares de la moda, según la época y las diferencias culturales.

También hay prejuicios contra la obesidad, y cabe resaltar que los problemas que traen con sí padecimientos crónicos son principalmente la anorexia y la bulimia.

Por lo que se puede notar, los factores socioculturales están incitados principalmente por los medios de comunicación, la cultura y la moda de una época determinada y estos influyen para que determinadas personas sean vulnerables a tener trastornos de alimentación.

2.6 Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio.

La percepción del cuerpo en un trastorno alimenticio se da principalmente por una insatisfacción corporal, por lo que se define la imagen corporal como, “la representación diagramática del propio cuerpo en la conciencia” (Jarne y Talarn; 2000: 144). Está conformado por dos aspectos: el cognitivo, que se asocia a la percepción del propio cuerpo, como se percibe el sujeto a nivel racional; así como el factor emocional, que se refiere al sentimiento que lo provoca, esto quiere decir cómo se percibe el sujeto a nivel emocional.

Jarne y Talarn (2000) mencionan que una de las características principales que están presentes en la insatisfacción corporal, es la dismorfia corporal, esto es, una apreciación deforme del cuerpo; asimismo, Ogden (2005) expresa que la insatisfacción corporal se ha conceptualizado como una valoración deformada del tamaño corporal y una percepción de que el cuerpo es más grande y voluminoso de lo que en realidad es.

Otra característica que conforma la insatisfacción corporal, según Ogden (2005), es la discrepancia del ideal, que se refiere a cómo el sujeto le gustaría que fuera su cuerpo; finalmente, la respuesta negativa al cuerpo es “la tercera forma y más frecuente de entender la insatisfacción corporal, se manifiesta en los sentimientos y cogniciones negativos acerca del cuerpo.” (Ogden; 2005: 100).

Hablando de insatisfacción corporal, las mujeres muestran mayor problema con respecto al estómago, caderas, muslos y nalgas, mientras que los hombres sienten mayor preocupación por sus brazos, espalda, pecho y estómago.

Por lo anteriormente descrito, se puede conceptualizar la insatisfacción corporal, “como una deformación del volumen corporal en comparación con una medida objetiva del volumen, como una discrepancia entre el ideal y la percepción del volumen corporal real o simplemente, como los sentimientos y pensamientos negativos con respecto al cuerpo.” (Ogden; 2005: 105).

En el mismo orden de ideas, existen factores sociales que desencadenan una insatisfacción corporal, los cuales enseguida se explican.

Primero, están los medios de comunicación, ya que incitan a las mujeres principalmente a ser extremadamente delgadas, con mensajes donde un cuerpo esbelto es el ideal; esto genera una insatisfacción en mujeres y hombres vulnerables, quienes quieren encajar en las tendencias de determinada época.

En segundo lugar, se encuentra la cultura que exigen determinados tipos de fisionomía que para algunos sujetos es inalcanzable. “Puede surgir la insatisfacción corporal cuando un grupo intenta asimilar los elementos culturales de su nuevo entorno” (Ogden; 2005: 107).

Y como tercer factor social está la familia, ya que la insatisfacción que las madres sienten por su cuerpo, será aprendida por las hijas, de modo que ellas se sentirán inconformes con su imagen, aunque hay que mencionar que no es una generalidad.

De igual manera, existen factores psicológicos como las creencias y la relación entre madre e hija.

En cuanto a las creencias, “aunque los factores sociales, como la clase social y el carácter étnico pueden estar relacionados con la insatisfacción corporal, es probable que su influencia este mediada por el papel que desempeñan las creencias

que la persona insatisfecha de los miembros de su familia con respecto al cuerpo de dicha persona.” (Ogden; 2005: 109).

Según Ogden (2005), las consecuencias que trae consigo la insatisfacción corporal se ven reflejadas en los regímenes dietéticos que siguen, así como en el ejercicio físico al que recurren, pero no para tener una salud, en cambio, el único motivador es modificar el tono muscular y perder peso; se recurre a la cirugía estética para lograr tener el cuerpo deseado, inclusive fumar con la idea de que el cigarro o la nicotina es un estimulante para bajar de peso.

Jarne y Talarn (2000) mencionan que el trastorno de la imagen corporal se expresa en dos formas: “la primera es perceptual, y se refiere al grado de exactitud, en este caso, de no exactitud con que la paciente estima sus dimensiones corporales. La segunda implica el componente afectivo o emocional; se refiere a pensamientos y actitudes respecto al propio cuerpo e indirectamente al grado de satisfacción con este.” (Jarne y Talarn; 2000: 144).

La percepción del cuerpo se da por diferentes factores que abarcan las creencias, la naturaleza de las relaciones y los factores sociales, que engloban los medios de comunicación, la cultura y la familia; todo ello deriva en una insatisfacción corporal en sujetos vulnerables, dando como consecuencia un sometimiento a regímenes alimenticios y de ejercicios exagerados, que de manera general atentan contra la salud.

2.7 Factores que mantienen el trastorno alimenticio.

Las prácticas de control de peso y la obsesión que surge por las dietas, constituyen un factor perpetuante. Hay que destacar que “perpetuar quiere decir hacer perpetua una cosa; perdurar; dar a las cosas duración extensa, incesante, eterna, sin fin.” (Costin; 2003: 89). Así, la deficiente alimentación tiene complicaciones de orden psicológico cognitivo, social y fisiológico que perpetúan el padecimiento.

Los factores que según Costin (2003) mantienen los trastornos de alimentación, surgieron después de varios experimentos en los que pacientes con trastornos de alimentación, fueron puestos a dietas restrictivas y posteriormente a dietas de recuperación.

- 1) Psicológicos: se refiere al estado de ánimo de los pacientes, donde presentan signos de irritabilidad, presentan comportamientos autodestructivos y cambios de humor, a consecuencia de esto aparece un grave estado de ansiedad.
- 2) Cognitivos: presentan falta de concentración, apatía, desmotivación y dificultad en el estado de alerta.
- 3) Sociales: los sujetos fueron cayendo en un estado de aislamiento y ensimismamiento, presentando incomodidad frente a otras personas y negándose a la interacción social.

- 4) Fisiológicos: durante el periodo de semiinanición se presentan dolores de cabeza, hipersensibilidad a la luz y a los ruidos, dificultades visuales y auditivas, problemas gastrointestinales, calambres, pérdida brusca de cabello, el metabolismo se hace lento, hay cambios cardiológicos, debilidad muscular, deshidratación y adormecimiento de miembros.

Según Costin (2003), lo que perpetúa el trastorno alimenticio es la obsesión que siente la persona con respecto a la comida.

Lo que mantiene un trastorno de alimentación es la obsesión por la comida y la adicción a la dieta, que generan complicaciones a nivel psicológico, cognitivo, social y fisiológico.

2.8 Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios.

Por lo general los trastornos de la conducta alimentaria se asocian a otros problemas mentales, a esto se le da el nombre de comorbilidad. “Es frecuente que se diagnostiquen trastornos de personalidad comórbida a las personas con trastornos de la conducta alimentaria.” (Butcher y cols.; 2007: 306).

En este contexto, “la idea que predomina en la actualidad es que incluso, aunque las consecuencias fisiológicas de los trastornos de la conducta alimentaria puedan exacerbar los problemas de personalidad, en realidad lo que hacen es estimular características que ya estaban presentes. Algunos rasgos de personalidad

de los pacientes con trastorno de la conducta alimenticia podrían ser previos a la aparición del problema, e incluso mantenerse una vez que este haya remitido.” (Butcher y cols.; 2007: 306).

1) Trastornos de la alimentación en la esquizofrenia.

“La presencia de alteraciones alimentarias en las psicosis esquizofrénicas es muy frecuente, tanto en los episodios agudos como en las evoluciones cronificadas.” (Jarne y Talarn; 2000: 145).

Del mismo modo, existe un rechazo absoluto de alimentos en pacientes catatónicos, presentando una negativa a la ingestión de alimentos.

Según Jarne y Talarn (2000), se observa que los pacientes esquizofrénicos se niegan rotundamente a comer debido a que presentan pensamientos delirantes y creencias irracionales y ello los lleva a la inanición.

En la esquizofrenia cronificada existe la presencia de alteraciones alimentarias, esto es, que el sujeto ingiere productos no considerados como alimentos.

En el mismo sentido, los medicamentos indicados en este tipo de trastorno, tienen contraindicaciones, tales como la pérdida de apetito o el incremento de este.

2) Trastornos de la alimentación en las depresiones.

“Los trastornos de la alimentación por exceso o por defecto resultan un fenómeno habitual en la totalidad de los trastornos afectivos, sean cuales sean sus formas clínicas.” (Jarne y Talarn; 2000: 146).

En la mayoría de los casos existe una ingesta excesiva o nula, dependiendo de cada paciente, ya que existen sujetos que tiene ideas delirantes de ruina y esta situación los incapacita para ingerir alimentos; también están los que presentan delirios nihilistas, que no comen por la simple idea de incapacidad, porque tienen la idea de que no vale la pena comer al fin y al cabo morirán.

Jarne y Talarn (2000) mencionan que existe un caso especial, el llamado síndrome de Cotard, aquí existe una mezcla de ideas delirantes nihilistas y la hipocondría. Por lo que respecta al delirio hipocondriaco, el sujeto se niega a ingerir alimentos porque cree que tiene un padecimiento clínico que lo incapacita para poder comer. Con referencia a las ideas nihilistas, el individuo no come porque tiene la idea irracional de que el sujeto es inservible tanto física como psicológicamente.

3) Trastornos de la alimentación en la manía.

“En la fase aguda de la manía, los pacientes pueden pasar mucho tiempo sin tener la necesidad de alimentarse o, por el contrario, solicitar una gran cantidad de comida, aunque la ingesta sea normal y no hagan uso de ella.” (Jarne y Talarn; 2000:

147). Los sujetos con este padecimiento no tienen un orden para comer, su ingesta es caótica y desordenada.

En las fases hipomaniacas, por otro lado, se presenta una ingesta excesiva tanto en calidad como en cantidad.

4) Trastornos de la alimentación en las fobias.

En este rubro, “la amplia variedad de trastornos fóbicos no se relaciona, en general, con ningún trastorno de la alimentación, excepto las fobias referidas específicamente a los alimentos o al acto de la deglución.” (Jarne y Talarn; 2000: 147).

5) Trastornos de la alimentación en la ansiedad.

“El trastorno ansioso de presentación aguda, suele cursar con pérdida del apetito de moderada intensidad, mientras que en los de curso cronicado, la pérdida, aunque moderada, es sostenida y puede llegar a tener repercusiones ponderales estimables” (Jarne y Talarn; 2000: 147). En algunos casos, los sujetos crean hábitos incorrectos de alimentación para tratar de minimizar la ansiedad, lo que los lleva a satisfacer un apetito anómalo.

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

El sujeto que presenta un trastorno de alimentación, aunado a un trastorno obsesivo-compulsivo, puede tener regímenes de restricción de alimentos y un tipo de alimentación lenta y meticulosa, a esto se le añaden ideas de que la comida está contaminada o sucia.

En este sentido, “el trastorno obsesivo-compulsivo no tiene por qué comportar trastornos de la alimentación, al margen de que la patología este focalizada en esta área.” (Jarne y Talam; 2000: 148).

2.9 Tratamiento de los trastornos alimenticios.

Tanto el tratamiento de la anorexia como el de la bulimia es multimodal, esto quiere decir que se necesita de una intervención que incluya un tratamiento dietético, psicológico y farmacológico para restaurar el peso, la figura y la cognición, en los que se incluyen el tipo ambulatorio y el hospitalario.

El tratamiento de la anorexia nerviosa, según Jarne y Talam (2000), abarca condiciones ambulatorias en las que lo conveniente es que el paciente tenga observación hospitalaria, pero no es preciso que se quede internado; sin embargo, cuando el paciente tiene signos de decadencia en general, sí es necesario que esto ocurra, ya que los sujetos tienen poca o nula motivación, presentan inestabilidad

psicológica, y también trastornos psiquiátricos asociados, ya que existe un ambiente familiar nada favorable para la recuperación.

El programa para tratar la anorexia nerviosa, tiene como objetivo general establecer el peso del paciente; reprogramar procesos alimenticios sanos resulta fundamental para el proceso terapéutico, en segundo lugar, se resuelven los problemas familiares, sociales y psicológicos.

Jarne y Talam (2000) mencionan que debe existir una recuperación ponderal, aunque las secuelas psicológicas tardan bastante para normalizarse.

En el tratamiento dietético, hay autores que sugieren que se debe comenzar con una dieta baja en calorías e ir las incrementando de manera paulatina, otros más mencionan que la dieta debe iniciarse con un contenido calórico normal.

El tratamiento psicológico, mientras tanto, “es la piedra angular de un buen programa terapéutico de la anorexia nerviosa.” (Jarne y Talam; 2000: 160), esto es cuando ya existe una recuperación ponderal, se debe hacer una intervención psicológica en la que se abarcan técnicas reforzadoras de la conducta deseada, relajación y educación.

Rausch (1997) ha hecho hincapié en la importancia de la terapia familiar e individual, como tratamiento en los trastornos alimenticios, de manera que la terapia familiar sistémica, aplicada a pacientes con anorexia nerviosa, consiste en promover

salidas saludables a los enfermos, teniendo en cuenta que el anoréxico no es el único afectado por la enfermedad. “El punto de partida de la terapia familiar, es el concepto de familia como sistema biopsicosocial. En este sentido, la familia es un organismo en sí mismo, cuya identidad excede a la sumatoria de sus miembros individuales. Como tal, tiene metas que cumplir que están evolutivamente pautadas, y a estas se yuxtaponen las formas particulares en que cada uno de sus miembros elige crecer.” (Rausch; 1997: 72).

Rausch (1997) menciona el tratamiento en familia para los pacientes con anorexia nerviosa por imitación, en el cual, a los sujetos les preocupa su peso en comparación con sus compañero. Este tipo de pacientes son más dóciles y su recuperación, mucho más rápida. Para este tipo de individuos, la terapia consiste en poner a los padres o tutores a cargo del tratamiento médico y las formas alternativas de diferenciación.

En la bulimia nerviosa se debe tener un tratamiento integral, que abarque los aspectos farmacológicos, psicológicos, familiares, entre otros.

Los principales objetivos en el tratamiento de la bulimia, Según Jarne y Talarn. (1997), incluyen en primer lugar restablecer unas pautas nutricionales normales; después corresponde la recuperación física, ya que debe existir una estabilización del peso, rehidratar al paciente y normalizar su función electrolítica. En esta fase se hace la corrección de anomalías físicas que pueden presentarse en este trastorno como el reflujo gastroesofágico, la erosión de la mucosa digestiva, la dilatación

gástrica, erosión del esmalte dental e inflamación de la parótida. Todas estas complicaciones se dan principalmente por los vómitos inducidos, ya que los ácidos dañan todo el tracto digestivo.

Acto seguido, se debe normalizar el estado mental, mejorando el estado anímico. Normalmente, al equilibrar la ingesta de alimentos, los pacientes tienen un estado de ánimo más favorable y participativo, por lo que se empieza a corregir alteraciones de la personalidad mediante terapia psicológica familiar, como en el caso de la anorexia nerviosa e individual; se incita al paciente para que evite las sustancias como laxantes, diuréticos y purgas y de esta manera, corregir la percepción errónea que tiene.

Es necesario también establecer unas relaciones familiares adecuadas, así como en la anorexia es importante el tratamiento psicológico, no solo con el paciente sino también con la familia para que exista una mayor participación, mejor comunicación, se restablezcan las pautas y los roles, para que así se logre huir de los sentimientos de fracaso.

También hay que corregir las pautas de interacción social alteradas, aceptando el trastorno, ya que si no se reconoce la problemática, entonces no existe conciencia del problema. Se exhorta al paciente a que afronte los fracasos, aceptando la responsabilidad y venciendo la impotencia que este trastorno le genera, asimismo, no debe relacionarse en marcos sociales degradados.

Se concluye que el tratamiento de la bulimia nerviosa, está en la asociación de psicoterapia y farmacoterapia en un formal programa de modificación de conducta; aunado a esto, está demostrada la efectividad de la psicoterapia cognitivo-conductual mediante la cual se observan significativas y persistentes mejorías en pacientes bulímicos.

La terapia cognitivo conductual es uno de los tratamientos más comunes y eficaces en la mayoría de los trastornos de alimentación debido a que relaciona los pensamientos, y el comportamiento manifiesto así el paciente examina la validez de sus pensamientos en el presente.

Para el modelo conductual, tanto la anorexia nerviosa como la bulimia nerviosa y otros trastornos de alimentación, serian un conjunto de conductas reforzadas por factores ambientales que incitan a la delgadez, y por estímulos repulsivos que les provocan ansiedad, por lo que no ingerirán alimentos para evitar la ansiedad que les provoca pensar en un aumento de peso.

En conclusión, un trastorno alimentario implica más que simplemente realizar una dieta para perder peso o hacer ejercicio todos los días, se trata de comportamientos alimentarios exagerados y obsesivos que llevan al sujeto a perder la noción de su imagen corporal.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Este capítulo estará dividido en dos partes. En primer lugar, se expondrá la estrategia metodológica que permitirá la consecución de los objetos del estudio y también corroborar ya sea la hipótesis de trabajo o la nula; en segundo lugar, se realizará el análisis y la interpretación de los resultados obtenidos en la aplicación de pruebas de medición.

3.1 Descripción metodológica.

La investigación está integrada por procesos sistemáticos, críticos y empíricos que en conjunto, se utilizan para el estudio de fenómenos.

Existen diferentes enfoques para llevar a cabo una investigación, entre los que se destacan el cuantitativo y el cualitativo; “ambos enfoques emplean procesos cuidadosos, metódicos y empíricos en su esfuerzo para generar conocimiento” (Hernández y cols.; 2010: 4).

Dichas orientaciones metodológicas comparten estrategias generales similares en la investigación, como son:

- “Llevan a cabo la observación y evaluación de fenómenos.

- Establecen suposiciones o ideas como consecuencia de la evaluación realizada.
- Demuestran el grado en que las suposiciones o ideas tienen fundamento.
- Revisan tales suposiciones o ideas sobre la base de las pruebas o del análisis.
- Proponen nuevas observaciones y evaluaciones para esclarecer, modificar y fundamentar las suposiciones e ideas; o incluso para generar otras.”
(Hernández y cols.; 2010: 4).

Si bien comparten estrategias en general, cada enfoque tiene características distintivas. Enseguida se explican aquellas que conciernen al que se siguió en el presente estudio.

3.1.1 Enfoque cuantitativo.

El enfoque que se utilizó en esta investigación es de tipo cuantitativo. Según Hernández y cols. (2010), dicho encuadre se utiliza la recolección de datos para comprobar hipótesis, esto con base en la medición y el análisis estadístico de resultados, para establecer patrones de comportamiento y comprobar o refutar teorías.

Este enfoque, como mencionan Hernández y cols. (2010), tiene las siguientes características:

- Plantea un problema de estudio delimitado y concreto, esto es, que las preguntas de investigación tratan sobre temas específicos.
- Se construye un marco teórico, se refiere a la realización de fundamentos teóricos, precisamente para respaldar la investigación.
- Se crean una o varias hipótesis, que son los temas que se van a investigar y se generan antes de recolectar e interpretar los datos. Estas son sometidas a prueba con los instrumentos adecuados de medición de las variables; “si los resultados corroboran las hipótesis o son congruentes con estas, se aporta evidencia en su favor. Si se refutan, se descartan en busca de mejores explicaciones y nuevas hipótesis. al apoyar las hipótesis se genera confianza en las teorías que las sustenta. Si no es así, se descartan las hipótesis y, eventualmente, la teoría.” (Hernández y cols.; 2010: 5).
- Recolección de datos: se apoya en la abstracción de información mediante los instrumentos de medición, que deben estar estandarizados y aceptados por la comunidad científica.
- Analizar los datos, en este enfoque es primordial la medición, por lo que se examinan los resultados de manera estadística.
- “Al final, con los estudios cuantitativos se intenta explicar y predecir los fenómenos investigados, buscando regularidades y relaciones causales entre elementos. Esto significa que la meta principal es la construcción y demostración de teorías.” (Hernández y cols.; 2010: 6).
- Validez y confiabilidad: en este enfoque, después de seguir los procedimientos y reglas lógicas, los datos que se generan deben tener los estándares de

confiabilidad y validez, por lo que las conclusiones generadas derivan en nuevos conocimientos.

Por todo lo anterior, el enfoque cuantitativo se basa en la medición de variables en las que se postulan hipótesis, para de ahí efectuar un análisis tomando en cuenta un marco teórico que lo respalde. Es así que esta investigación tiene las características para ser una investigación de tipo cuantitativo.

3.1.2 Investigación no experimental.

La indagación de tipo no experimental “podría definirse como la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente variables” (Hernández y cols.; 2010: 149); dicho de otra forma, es cuando el investigador observa los fenómenos en un contexto natural, sin intervenir de manera intencional sobre las variables independientes.

Por su parte, en la investigación experimental las variables son manipuladas para crear un contexto artificial, mientras que “la investigación no experimental es sistemática y empírica, en la que las variables independientes no se manipulan porque ya han sucedido” (Hernández y cols.; 2010: 150). Este tipo de investigación es apropiada en estudios cuyas variables no pueden ser manipuladas o resulta difícil hacerlo, por motivos éticos.

Por lo tanto, esta investigación es de tipo no experimental, debido a que las variables utilizadas no sufrieron manipulación alguna, fueron medidas sin que se alterara el contexto.

3.1.3 Diseño transversal.

En el diseño de investigación transversal, también llamado transeccional, mencionan Hernández y cols. (2010), los datos son recolectados en un tiempo único, con la finalidad de describir y analizar las variables en un momento dado. Por otro lado, también existe el diseño longitudinal, en el que las medidas son tomadas a través del tiempo

Asimismo, el presente estudio tiene un diseño transversal, ya que los datos fueron recolectados en un tiempo único; la variable autoestima y su relación con los trastornos alimenticios, fueron analizadas en un momento específico.

3.1.4 Alcance correlacional.

La investigación correlacional “asocia variables mediante un patrón predecible para un grupo o población” (Hernández y cols.; 2010: 81). En estos estudios, lo que se pretende es responder preguntas de investigación, en el presente caso, es conocer la correlación que existe entre el nivel de autoestima con los factores que indican la presencia de un trastorno alimenticio.

La finalidad de este tipo de investigaciones, como menciona Hernández y cols. (2010), es conocer el grado de asociación que existe entre las variables: primero se miden independientemente y posteriormente se analizan los resultados obtenidos, para finalizar en la vinculación de los valores obtenidos. Es de esta manera que se sustentan las hipótesis planteadas.

La utilidad de estas indagaciones consiste en saber cómo se comporta una variable en relación con la otra. Esta relación puede ser tanto positiva como negativa, o puede existir una ausencia de correlación.

Cuando se habla de una correlación positiva, se refiere a que existe una relación directamente proporcional en las variables; cuando existe una correlación negativa, es a la inversa: existen puntajes altos en una variable, mientras que en la otra, son bajos. Sin embargo, cuando existe una ausencia de correlación quiere decir que no se puede predecir dónde estarán los valores de una variable, conociendo los valores de la otra.

“La investigación correlacional tiene, en alguna medida, un valor explicativo, aunque parcial, ya que el hecho de saber que dos conceptos o variables se relacionan, aporta cierta información explicativa.” (Hernández y cols.; 2010: 83).

Sin embargo, cabe mencionar que existe un riesgo en el que dos variables parecieran estar relacionadas, pero en realidad no es así, y se les da el nombre de correlaciones espurias o falsas.

3.1.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

La recolección de datos implica estrategias concretas que se utilizan para obtener información determinada de la población de estudio. La utilización de los test psicométricos se debe a varias razones en específico: la utilidad, la confiabilidad, facilidad y el tiempo.

En la presente investigación se utilizaron técnicas cuantitativas estandarizadas: dos test psicométricos que cuentan con validez, estandarización y confiabilidad.

Tal es el caso del Inventario de Autoestima de Coopersmith, que fue creado por Stanley Coopersmith; al respecto, se retomó la adaptación por el Dr. Prewitt-Díaz en el año de 1984. Este test cuenta con una confiabilidad de 88% y fue estandarizado con adolescentes y jóvenes universitarios en Chile de este mismo año, con baremos en puntaje T (Brinkmann y Segure; 1988).

Esta escala cuenta con 58 reactivos, los cuales están destinados a medir el nivel de autoestima en adolescentes y jóvenes; está dividido en seis subescalas, que miden lo siguiente:

- La autoestima general, se asocia con el concepto que tiene el adolescente de sí mismo y está formada por 26 reactivos.

- La autoestima social, se asocia con la preocupación de las ideas que las demás personas manifiestan para hacia el sujeto, está compuesta por 8 reactivos.
- La autoestima escolar-académica, tiene 8 reactivos y se concentra en pensamientos que tiene el adolescente en función de cómo se percibe en el área educativa.
- La autoestima familiar, se refiere a como se percibe el sujeto en relación con las funciones del hogar, consta de 8 reactivos.
- Subescala de mentira, tiene 8 reactivos y fue diseñada para detectar falsificación deliberada de respuestas (Brinkmann y Segure; 1988).

Esta prueba puede ser aplicada grupal o individualmente.

El otro instrumento utilizado fue el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) que fue elaborado por David Garner en el año de 1998; fue estandarizado para personas de 11 años de edad en adelante. Para el proceso de estandarización de esta prueba, se realizaron procesos variados en distintos grupos, tanto en sujetos que presentaban un trastorno alimenticio como bulimia y anorexia nerviosa, como en personas que no los padecen.

Este test psicométrico cuenta con una confiabilidad del 83% medida a través del coeficiente alfa de Cronbach, así como validez de contenido, concurrente, de criterio y de constructo.

Esta prueba consta de 91 reactivos con un formato de respuestas en una escala tipo Likert de seis puntos: siempre, casi siempre, frecuentemente, en ocasiones, rara vez o nunca, que permiten puntuar en 11 escalas, entre las que se encuentran la obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social.

3.2 Población y muestra.

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

En esta indagación se tomó una población de 500 estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades de la ciudad de Uruapan, Michoacán, con edades entre los 15 y los 19 años, pertenecientes a un extracto social medio, en su mayoría de clase media alta y un nivel académico medio superior, con un bagaje cultural abundante, y residentes de esta ciudad.

En el presente estudio se hizo un muestreo, por muestra se entiende un subgrupo de la población (Hernández y cols.; 2010).

Existen dos tipos de muestreo: el probabilístico, donde los sujetos de una población tienen las mismas posibilidades de pertenecer a una muestra, y el no

probabilístico, donde los sujetos son escogidos por la investigadora para los fines necesarios que convengan. Este último tipo de muestreo no se presta para una generalización, sin embargo, arroja resultados significativos.

Según Hernández y cols. (2010) una de las ventajas más destacadas en un muestreo no probabilístico desde la visión cuantitativa, es la utilidad para el diseño de estudio que no necesita una representatividad de elementos, sino una cuidadosa y controlada elección de casos con ciertas características.

En esta investigación se utilizó una muestra de 100 sujetos: 59 hombres y 41 mujeres estudiantes de primer semestre del Colegio de Ciencias y Humanidades de la Universidad don Vasco, de los salones 21, 22 y 23, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico e intencional, con edades que oscilan entre los 14 y 16 años, cuentan con un nivel socioeconómico medio alto y son originarios en su mayoría de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

La muestra fue elegida de esta manera, ya que cuenta con los rangos de edad necesarios para la investigación debido a que la teoría y varios autores determinan que los adolescentes son más vulnerables a presentar trastornos de la conducta alimentaria, de igual manera, la autoestima suele tener más altibajos en esta etapa del desarrollo que en otras. Aunado a esto, los test arriba citados tienen la validez y la confiabilidad necesaria para este sector de la población.

3.3 Descripción del proceso de investigación.

Para esta investigación, se eligieron las variables de autoestima y factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios, dado que son temas de interés, en los cuales la ciencia de la psicología tiene un rol muy destacado, ya que el ser humano necesita de la primera variable para poder desarrollarse de una manera óptima; del mismo modo, los trastornos alimentarios han surgido en la última década de una manera excesiva, por eso, la intención de esta investigación estuvo ligada a medir la correlación existente entre estas variables.

Primero se planteó un problema de investigación, ¿de qué manera los factores psicológicos asociados a los trastornos alimenticios, se relacionan con la autoestima de los estudiantes de primer semestre del Colegio de Ciencias y Humanidades de la ciudad de Uruapan, Michoacán?

Después se procedió a fijar una serie de objetivos particulares y un objetivo general, que era establecer la relación que existe entre la autoestima y los factores psicológicos asociados a los trastornos alimenticios en los estudiantes de primer semestre del Colegio de Ciencias y Humanidades de la ciudad de Uruapan, Michoacán. Asimismo, se crearon dos hipótesis: una de trabajo, en la que la investigadora planteó que los factores psicológicos que se asocian a los trastornos alimenticios están significativamente relacionados con el nivel de autoestima en los estudiantes de semestre del Colegio de Ciencias y Humanidades de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Por otro lado, como una hipótesis nula, también se postuló que los factores psicológicos que se asocian a los trastornos alimenticios, no están significativamente relacionados con el nivel de autoestima en los estudiantes de primer semestre del Colegio de Ciencias y Humanidades de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Siguiendo esta línea de estudio, existió una operacionalización las variables, en las que se tomó como indicador de la presencia de la variable autoestima, el puntaje normalizado que arrojó la administración del test psicométrico denominado Inventario de Autoestima, del autor David Coopersmith, mientras que para el indicador de la presencia de la variable factores psicológicos asociados a los trastornos alimenticios, el puntaje normalizado que arrojó la administración del test psicométrico denominado Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) del autor David M. Garner.

Se elaboró una justificación, donde la investigadora marcó y fundamentó el porqué es necesario abordar una indagación en la cual estén estas variables, y el principal fundamento radica en que en la actualidad, los adolescentes pueden presentar trastornos alimentarios, y es importante medir qué tanto influye la autoestima en los factores asociados a los trastornos de alimentación, para así determinar un plan de trabajo en esta problemática.

Posteriormente, se buscaron antecedentes de investigaciones en esta área, en ella se encontró que existen previas indagaciones sobre estos temas, tanto a nivel mundial como nacional; también hay estudios que datan sobre años remotos y que

han servido para los recientes experimentos, con la finalidad de obtener nuevas respuestas.

También se realizó la descripción del lugar donde se llevó a cabo la investigación, esto con la finalidad de orientar al lector y encauzar la investigación en un determinado lugar.

Se planteó un capítulo dirigido a sustentar teóricamente la primera variable, que es la autoestima; aquí se definió, se delimitó y se abordaron además aspectos relevantes y de suma importancia para su comprensión; del mismo modo, se realizó un segundo capítulo, pero este orientado a fundamentar la variable número dos: trastornos alimenticios, donde de igual manera se explicó, describió y recabó información suficiente para obtener el conocimiento en dicho tema.

Para la aplicación de los instrumentos de medición de las variables, en primera instancia, se solicitó la autorización del director del plantel; una vez aceptada, se aplicaron las pruebas el viernes 11 de octubre de 2013, a las 8:30 am, de manera grupal, a los 100 alumnos de la institución citada anteriormente, se les dieron las indicaciones para contestar el Inventario de Autoestima de Coopersmith y posteriormente, el EDI-2. Los alumnos se mostraron participativos, atentos y cumplieron con las indicaciones dadas por la investigadora.

Una vez terminada la aplicación a toda la muestra, cada instrumento se calificó con la plantilla indicada en el test, luego se obtuvieron los puntajes brutos,

que se convirtieron a puntajes T, en el caso del inventario de autoestima de Coopersmith, y en percentiles, en el caso del EDI-2.

A partir de los datos obtenidos, se procedió a redactar el informe referido a los resultados estadísticos, el cual se presenta en el apartado siguiente.

3.4 Análisis e interpretación de resultados.

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

3.4.1 El nivel de autoestima en adolescentes de primer semestre del Colegio de Ciencias y Humanidades de la Universidad don Vasco.

Haciendo una recapitulación del capítulo uno, la autoestima es la valoración, generalmente positiva, de uno mismo. Tomando en cuenta la definición de diferentes autores se llega a la conclusión de que la autoestima es la suma de juicios, creencias, capacidades, actitudes, dimensión afectiva de la imagen personal, la evaluación que hace y mantiene habitualmente la persona con respecto a sí misma, y esta puede estar orientada de una manera favorable o negativa con relación directamente proporcional a la autovalía del sujeto.

Es de suma importancia en las personas, debido a que está presente en todas las etapas de desarrollo de los seres humanos, debido a ello, es una variable que se divide en alta, media y baja, dependiendo de las creencias, aprendizajes y vivencias de cada sujeto.

Existen varios instrumentos para medir esta variable, sin embargo, el más utilizado por su confiabilidad y validez es el Inventario de Autoestima de Coopersmith.

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

La media en el nivel de autoestima general fue de 49.1. Por definición se entiende a la media aritmética como una suma del conjunto de datos, dividida entre el número de medidas; entendido de otra forma, es el promedio de los datos (Elorza; 2007).

De igual modo se obtuvo la mediana, que “es el valor medio de un conjunto de valores ordenados” (Elorza; 2007: 20). Esto quiere decir que es el valor que se encuentra justo en el centro de los datos; este valor fue de 50.

De acuerdo con este mismo autor, la moda es la medida que se repite con mayor frecuencia en un conjunto de datos; en cuanto a esta escala, la moda fue de 55.

También se obtuvo el valor de una medida de dispersión: la desviación estándar, la cual ayuda según Elorza (2007), a observar el grado de variación entre el conjunto de valores de una distribución y se define como la raíz cuadrada de la

suma de las desviaciones el cuadrado de un conjunto de medidas, la cual se divide entre el total de datos obtenidos. El valor obtenido en la escala de autoestima general es de 9.9.

Por otra parte se obtuvo el puntaje de la subescala de autoestima social, encontrando una media de 54, una mediana de 56 y una moda representativa de 56. La desviación estándar fue de 8.5

Asimismo, en la escala de autoestima escolar se encontró una media de 54.1, una mediana de 52 y una moda de 65. La desviación estándar fue de 12.9.

Adicionalmente, en la escala de autoestima en el hogar se encontró una media de 50.9, una mediana de 52 y una moda de 57. La desviación estándar fue de 9.1.

Finalmente, se obtuvo el puntaje de autoestima total, encontrándose una media de 50.9, una mediana de 52, una moda de 39 y una desviación estándar de 11.

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

A partir de los resultados estadísticos obtenidos mediante la aplicación del instrumento, se puede interpretar que la autoestima de los adolescentes del primer

semestre del Colegio de ciencias y Humanidades, se encuentra en un rango normal y que existe poca variación entre los distintos puntajes.

Con el fin de mostrar un análisis más detallado, a continuación se presentan los puntajes de los sujetos que obtuvieron puntajes bajos en cada subescala, es decir, por debajo de T 40.

En la escala de autoestima general, el 16% de los sujetos se ubica por debajo de dicho puntaje; en la subescala de autoestima social, el porcentaje es de 6%; mientras que en la de autoestima escolar es de 13%; en la de autoestima en el hogar es de 12%; finalmente, el porcentaje de sujetos con nivel bajo de autoestima total es de 19%.

Estos resultados se aprecian de manera gráfica en el anexo 3

Los datos porcentuales que se arrojan indican que la cantidad de sujetos con puntajes preocupantes es mínima, ya que en promedio se ve afectado solamente un 13% de la población.

3.4.2 Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos de primer semestre del Colegio de Ciencias y Humanidades de la Universidad Don Vasco.

“Los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria.” (APA; 2002: 553), esto es, que existe una variación en la forma de ingesta de los alimentos, ya sea de manera disminuida, nula o excesiva.

Es por este motivo que un trastorno alimentario implica más que simplemente realizar una dieta para perder peso o hacer ejercicio todos los días: se trata de comportamientos alimentarios exagerados y obsesivos que llevan al sujeto a perder la noción de su imagen corporal.

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

- 1) En la escala de obsesión por la delgadez se obtuvo una media de 60.13, una mediana de 59 y una moda de 59. La desviación estándar fue de 22.32.
- 2) Asimismo, en la escala de bulimia se encontró una media de 60.63, una mediana de 54 y una moda de 41. La desviación estándar fue de 20.37.

- 3) Adicionalmente, en la escala de insatisfacción corporal se halló una media de 53.34, una mediana de 56 y una moda de 26. La desviación estándar fue de 23.25.
- 4) En la escala de ineficacia se obtuvo una media de 57.90, una mediana de 55 y una moda de 55. La desviación estándar fue de 23.27.
- 5) Adicionalmente, en la escala de perfeccionismo se localizó una media de 70.28, una mediana de 76 y una moda de 76. La desviación estándar fue de 22.87.
- 6) Del mismo modo, en la escala que concierne a desconfianza interpersonal aparece una media de 60.46, una mediana de 57 y una moda de 52. La desviación estándar fue de 28.01.
- 7) En cuanto a la escala de conciencia introceptiva, existe una media de 53.95, una mediana de 51 y una moda de 39. La desviación estándar fue de 29.12.
- 8) Por lo que respecta a la escala de miedo a la madurez, hay una media de 62.73, una mediana de 65 y una moda de 77. La desviación estándar fue de 25.61.
- 9) En la escala de ascetismo se proyecta una media de 56.86, una mediana de 59 y una moda de 48. La desviación estándar fue de 27.01.
- 10) En la escala de impulsividad se halla reflejada una media de 50.04, una mediana de 41 y una moda de 14. La desviación estándar fue de 27.23.
- 11) Finalmente, se obtuvo el puntaje en la escala de inseguridad social, encontrándose una media de 62.99, una mediana de 67, una moda de 19 y una desviación estándar de 26.09.

En el anexo 2 quedan demostrados gráficamente los resultados de la media aritmética de cada una de las subescalas mencionadas anteriormente.

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

En la escala de obsesión por la delgadez, el 36% de sujetos se encuentra por arriba del percentil referido; en la escala de bulimia, el porcentaje fue de 31%; en la insatisfacción corporal, el 23%; en la ineficacia, el 31%; en la de perfeccionismo, el 59%; en la que respecta a la desconfianza interpersonal, 46%; en la de conciencia introceptiva, 34%; respecto a la de miedo a la madurez, 48%; en la de ascetismo, 37%; en la de impulsividad, 31%; finalmente, en la escala de inseguridad social, el 43%.

Estos datos se pueden observar gráficamente en el anexo 4

En función de los datos anteriores, se puede afirmar que los sujetos con indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en esta muestra, se encuentran en el rango de normalidad, sin embargo cabe destacar que existen escalas que presentaron un exceso de incidencia: la escala de perfeccionismo,

seguida de la escala de miedo a la madurez; por lo que respecta a las demás escalas, se mantienen en un promedio no significativo, estadísticamente hablando.

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

Existen diferencias entre los trastornos alimentarios, aunque todos tienen como común denominador: el miedo irracional a la obesidad y el deseo de tener una imagen corporal delgada y aceptada por la sociedad. Datos de la Secretaría de Salud demuestran que la anorexia y la bulimia son las alteraciones más frecuentes en México y que las mujeres de entre 12 y 25 años, conforman el sector de la población más afectado.

Según el doctor Juan Manuel Mancilla, se debe tener cuidado en los hábitos alimenticios y en la salud, esto es, comer adecuadamente, y que la constante preocupación por el peso y la figura es un problema asociado a la baja autoestima (www.salud180.com).

En la investigación realizada sobre dicha temática en el Colegio de Ciencias y Humanidades, se encontraron los siguientes resultados:

Entre el nivel de autoestima y la escala de obsesión por la delgadez existe una correlación de -0.24 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson.

Esto significa que entre la autoestima y la escala indicada, existe una correlación negativa débil, de acuerdo con la clasificación de correlación que proponen Hernández y cols. (2010).

Para conocer la influencia que existe entre el nivel de autoestima y la escala de obsesión por la delgadez, se obtuvo la varianza de factores comunes r^2 , donde 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 0.06, lo que significa que entre la autoestima y la escala de obsesión por la delgadez, hay una relación del 6%.

Por otra parte entre el nivel de autoestima y la escala de bulimia existe un coeficiente de correlación de -0.34, determinado con la prueba de “r” de Pearson. Esto implica que entre dichos atributos existe una correlación negativa media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.12, lo que significa que entre la autoestima y la escala de bulimia hay una relación del 12%.

Asimismo entre el nivel de autoestima y la escala de insatisfacción corporal se halla un coeficiente de correlación de -0.24 de acuerdo con la prueba de “r” de Pearson, lo que conlleva que entre la autoestima y la escala señalada, existe una correlación negativa débil.

El resultado que se obtuvo de la varianza de factores comunes fue de 0.06, lo que significa que entre la autoestima y la escala de insatisfacción corporal hay una relación del 6%.

Por otra parte, entre el nivel de autoestima y la escala de ineficacia hay un coeficiente de correlación de -0.53, de acuerdo con la prueba de “r” de Pearson. Ello significa que entre dichas variables existe una correlación negativa fuerte.

Se tuvo además como resultado, una varianza de factores comunes de 0.28, lo que significa que entre la autoestima y la escala de ineficacia hay una relación del 28%.

Por otra parte, entre el nivel de autoestima y la escala de perfeccionismo existe un coeficiente de correlación de -0.22 a partir de la prueba de “r” de Pearson, lo que permite afirmar que entre estas variables existe una correlación negativa débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.05, lo que significa que entre la autoestima y la escala de perfeccionismo hay una relación del 5%.

A la vez, entre el nivel de autoestima y la escala de la desconfianza interpersonal, existe un coeficiente de correlación de -0.38 medido con la prueba de “r” de Pearson, esto alude a que entre tales atributos existe una correlación negativa media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.14, lo que significa que entre la autoestima y la escala de la desconfianza interpersonal hay una relación del 14%.

También entre el nivel de autoestima y la escala de conciencia introceptiva existe un coeficiente de correlación de -0.43, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, esto señala que entre la autoestima y la escala en cuestión, existe una correlación negativa media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.19, lo que significa que entre la autoestima y la escala de conciencia introceptiva hay una relación del 19%.

Por otra parte, entre el nivel de autoestima y la escala de miedo a la madurez existe un coeficiente de correlación de -0.12, a partir de la prueba de “r” de Pearson. Esto denota que entre la autoestima y la escala de indicada, existe una correlación negativa débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.02, lo que significa que entre la autoestima y la escala de miedo a la madurez hay una relación del 2%.

Entre el nivel de autoestima y la escala de ascetismo existe un coeficiente de correlación de -0.24, de acuerdo con la prueba de “r” de Pearson, lo cual significa que entre la autoestima y dicha escala, existe una correlación negativa débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.06 lo que significa que entre la autoestima y la escala de ascetismo hay una relación del 6%.

De igual manera, entre el nivel de autoestima y la escala de impulsividad existe un coeficiente de correlación de -0.33, cuantificado con la prueba de “r” de Pearson, esto indica que entre la autoestima y la escala mencionada, existe una correlación negativa media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.11, lo que significa que entre la autoestima y la escala de impulsividad hay una relación del 11%.

Finalmente, entre el nivel de autoestima y la escala de inseguridad social existe un coeficiente de correlación de -0.56, de acuerdo con la prueba de “r” de Pearson, lo cual permite afirmar que entre dichas características existe una correlación negativa fuerte.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.32, lo que significa que entre la autoestima y la escala de inseguridad social hay una relación del 32%.

Los resultados obtenidos en cuanto a los niveles de correlación entre escalas, se muestran en el anexo 5.

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

En función de lo anterior, se puede afirmar que el nivel de autoestima se relaciona de forma significativa con las escalas de: bulimia, ineficacia, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, impulsividad e inseguridad social.

En contraparte no se encontró una relación significativa entre el nivel de autoestima y las escalas de: obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, perfeccionismo, miedo a la madurez y ascetismo.

En función de los resultados, se confirma la hipótesis de trabajo, que afirma que existe una relación significativa entre el nivel de autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, en los alumnos del Colegio de Ciencias y Humanidades, en lo que concierne a las escalas de bulimia, ineficacia, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, impulsividad e inseguridad social.

Sin embargo para las escalas de obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, perfeccionismo, miedo a la madurez y ascetismo, se confirma la hipótesis nula.

CONCLUSIONES

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

A su vez, el objetivo empírico, referido a la evaluación de tal variable en la muestra de los alumnos del Colegio de Ciencias y Humanidades, tomada en el presente estudio, se logró mediante la administración de la prueba denominada Inventario de Autoestima de Coopersmith. Los resultados obtenidos se muestran de forma detallada en el capítulo número 3.

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

La medición de tal variable, con sus diferentes subescalas, se muestra detalladamente en el capítulo 3, donde se exponen los resultados estadísticos.

La consecución de los objetivos anteriores permitió alcanzar con suficiencia el objetivo general que guía la presente indagación, es decir, establecer la relación que existe entre la autoestima y los factores psicológicos asociados a los trastornos

alimentarios en los estudiantes de primer semestre del Colegio de Ciencias y Humanidades de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Con los resultados alcanzados, se corrobora la hipótesis de trabajo en los casos de la correlación entre el nivel de autoestima y las escalas: bulimia, ineficacia, desconfianza interpersonal, confianza introceptiva, impulsividad e inseguridad social.

En contraparte, se corrobora la hipótesis nula en los casos de la correlación entre el nivel de autoestima y las subescalas denominadas: obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, perfeccionismo, miedo a la madurez y ascetismo.

Como aspecto relevante en cuanto a los hallazgos logrados, se puede mencionar que se presentó un número importante de sujetos que mostraron niveles preocupantemente altos en la subescala de perfeccionismo, lo cual implicaría que este subgrupo sea atendido de manera oportuna y eficaz.

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

BIBLIOGRAFÍA

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

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

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

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

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

Haeussler, Isabel M.; Milicic, Neva. (1995)
Confiar en uno mismo. Programa de autoestima.
Editorial CEPE. España.

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

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

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

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

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

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

Vandereycken, W, Noordenbos, G (2000)
La prevención de los trastornos alimentarios.
Editorial Granica Barcelona.

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>

Espina, Alberto; Ortego, María Asunción; Ochoa de Alda, Íñigo; Yenes, Félix; Alemán Amagoia. (2001)
La imagen corporal en los trastornos alimentarios.
Psicothema 2001. Vol. 13, nº 4, pp. 533-538
<http://www.unioviado.net/reunido/index.php/PST/article/download/7864/7728>.

Eumed.net.
Enciclopedia Virtual.
<http://www.eumed.net/libros-gratis/2011b/971/indice.htm>

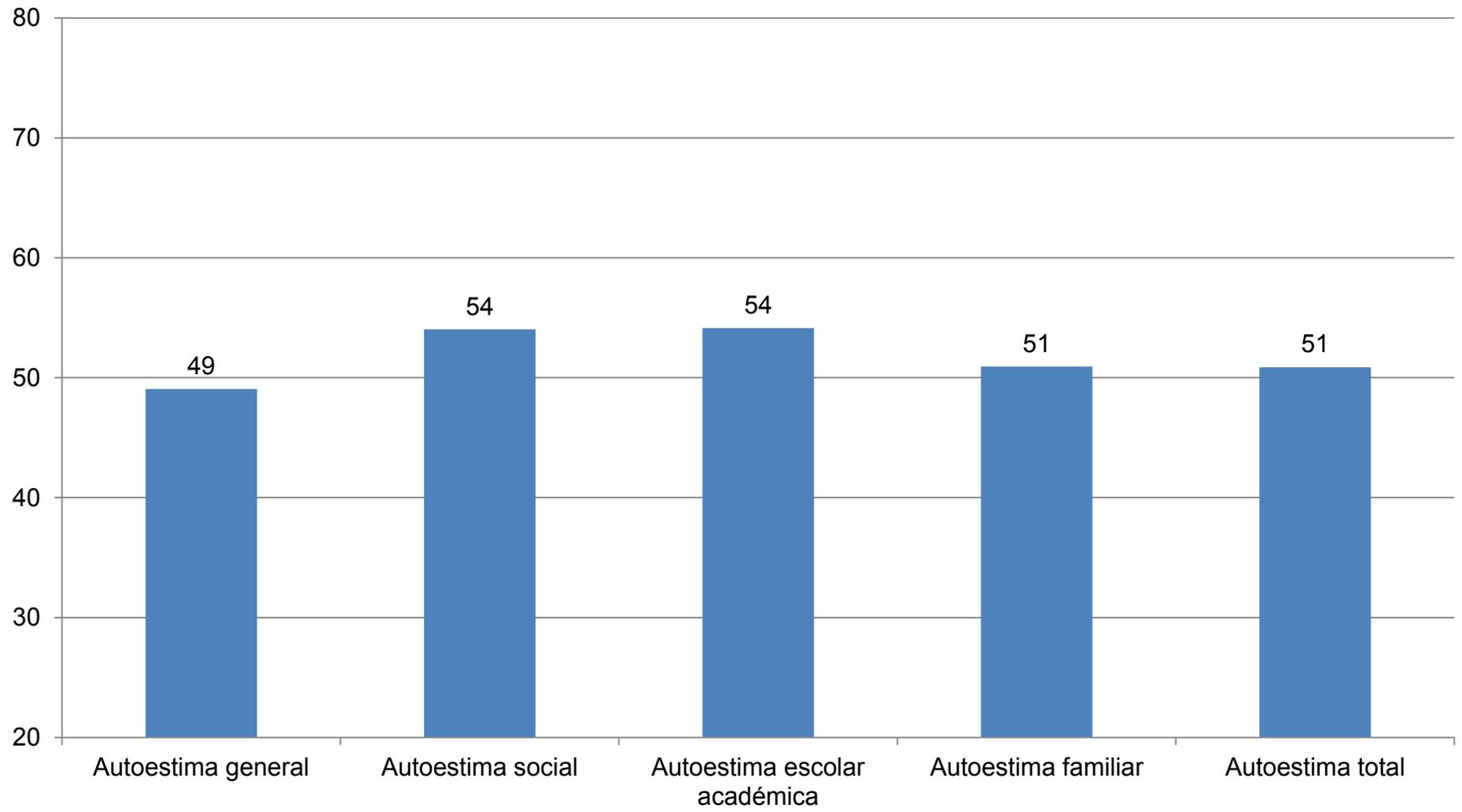
Moreno González, Miriam Angélica; Ortiz Viveros, Godeleva Rosa. (2009)
“Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes”.
Universidad Veracruzana, México.
TERAPIA PSICOLÓGICA 2009, Vol. 27, N°2, 181-190.
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082009000200004&script=sci_arttext

Universidad Don Vasco.
Página oficial.
<http://www.udv.edu.mx>

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

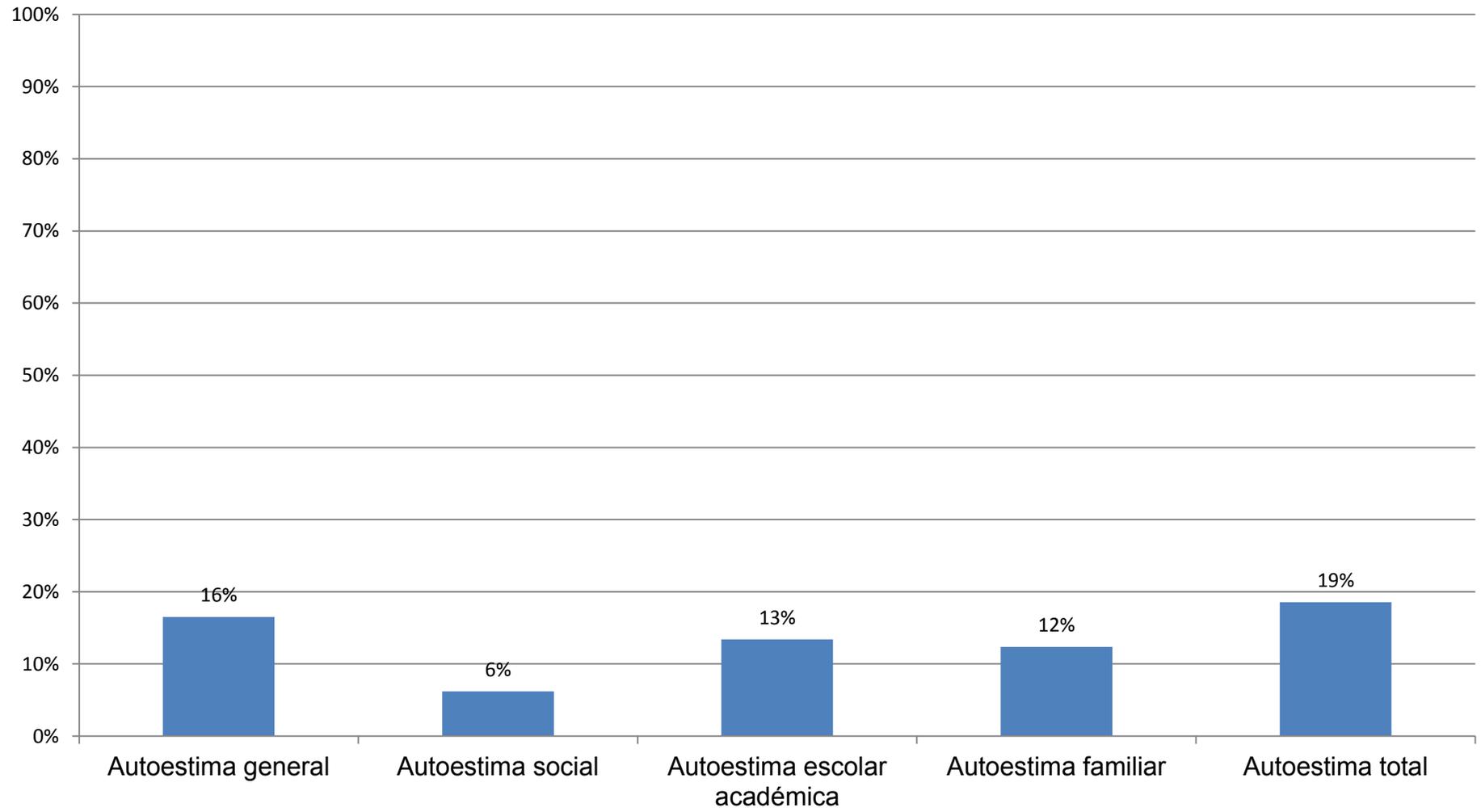
Divulgacion U.N.A.M. (2012)
“Guía de trastornos Alimenticios”
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/guiatrastornos.pdf>

ANEXO 1
Media aritmética de las escalas de autoestima



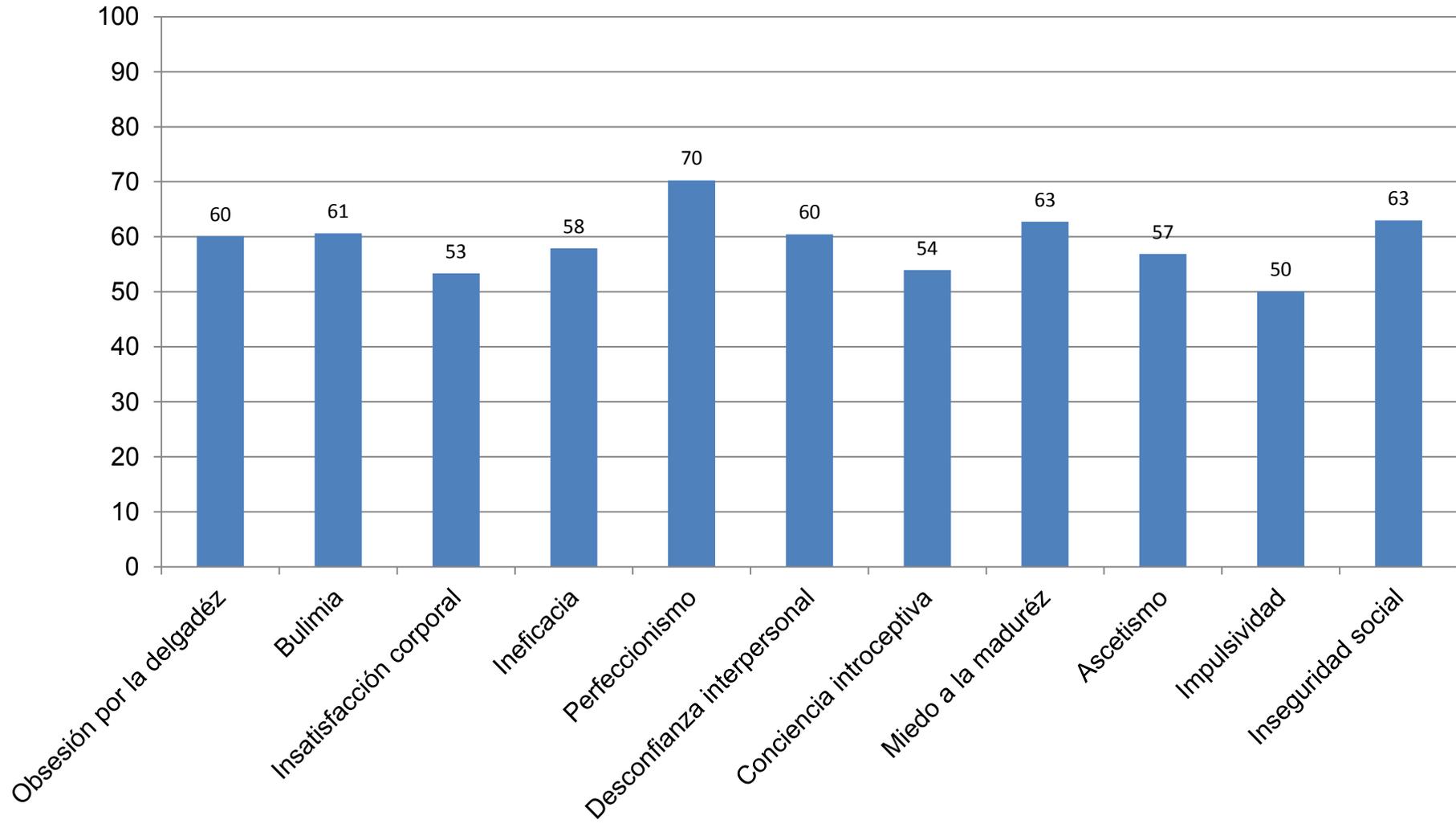
ANEXO 2

Porcentaje de sujetos con puntajes preocupantes en las escalas de autoestima

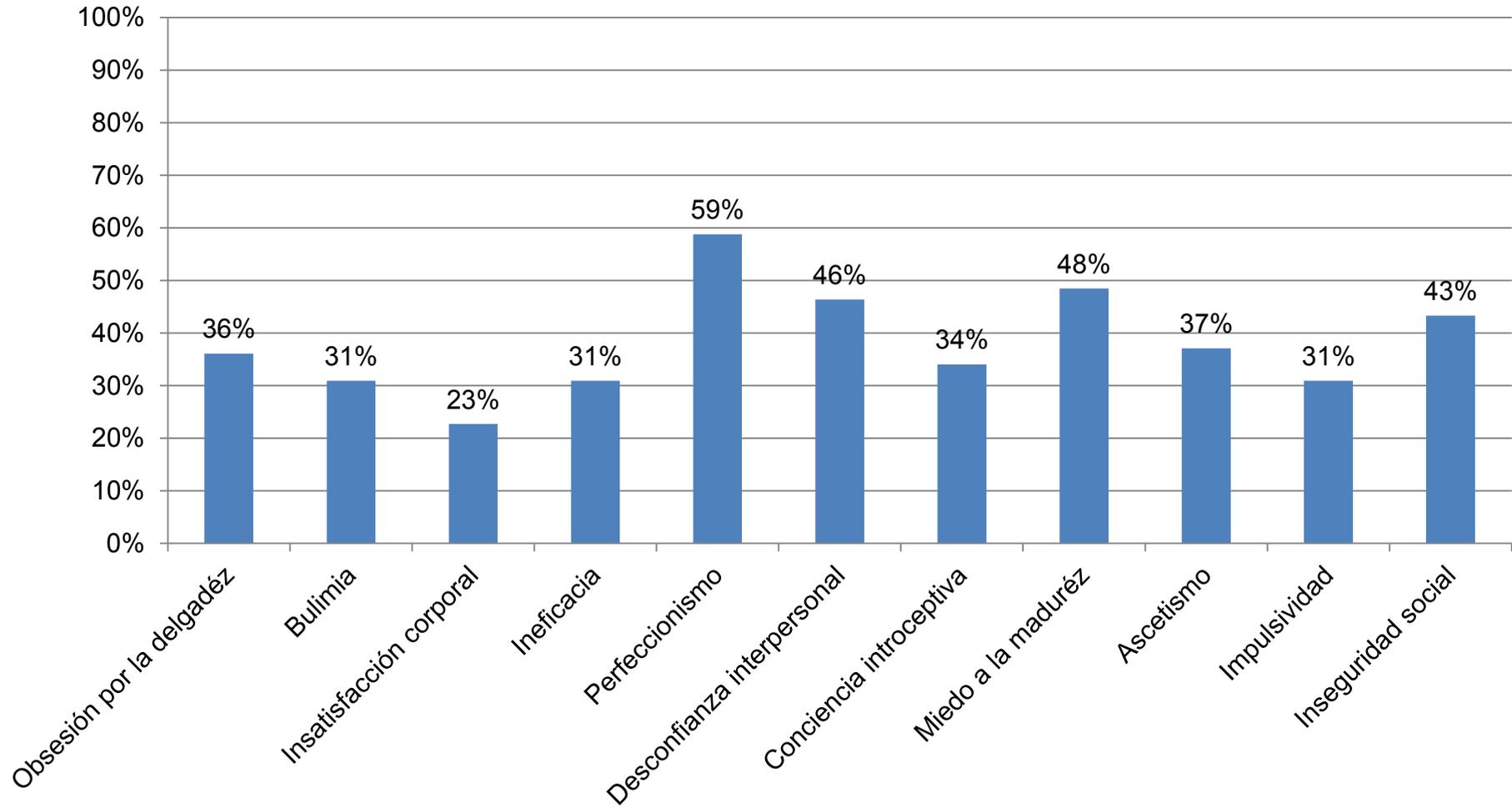


ANEXO 3

Media aritmética de los indicadores de trastornos alimentarios



ANEXO 4
Porcentaje de sujetos con puntajes preocupantes en los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios



ANEXO 5

Correlación entre autoestima y los indicadores de los trastornos alimentarios

