



# **UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.**

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

## **RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE AUTOESTIMA Y LA PRESENCIA DE LOS INDICADORES PSICOLÓGICOS DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN NIÑOS**

Tesis

para obtener el título de:

Licenciada en Psicología

Esperanza Vega Ramírez

Asesora: Lic. Leticia Espinosa García

Uruapan, Michoacán. 8 de Junio de 2016.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

# ÍNDICE

## **Introducción.**

Antecedentes . . . . .	1
Planteamiento del problema . . . . .	4
Objetivos . . . . .	5
Hipótesis . . . . .	6
Operacionalización de las variables . . . . .	7
Justificación . . . . .	7
Marco de referencia . . . . .	8

## **Capítulo 1. Autoestima.**

1. 1 Conceptualización de autoestima . . . . .	10
1.2 Origen y desarrollo de la autoestima . . . . .	12
1.3 Niveles de la autoestima . . . . .	16
1.4. Componentes de la autoestima . . . . .	19
1.5 Pilares de la autoestima . . . . .	22
1.6 Medición de la autoestima . . . . .	25

## **Capítulo 2. Trastornos de alimentación.**

2.1. Antecedentes históricos de la alimentación . . . . .	29
2.2. Definición y características clínicas de los trastornos alimenticios . . . . .	30
2.2.1. Anorexia nerviosa . . . . .	31

2.2.2 Bulimia nerviosa . . . . .	32
2.2.3 Obesidad . . . . .	34
2.2.4. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas . . . . .	34
2.2.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas . . . . .	34
2.2.6 Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia . . . . .	35
2.3 Esfera oroalimentaria en el infante . . . . .	37
2.3.1. Organización oroalimentaria . . . . .	37
2.3.2. Alteraciones en la esfera oroalimentaria en la infancia . . . . .	38
2.4 Perfil de la persona con trastornos alimenticios . . . . .	39
2.5 Causas del trastorno alimenticio . . . . .	41
2.5.1. Factores predisponentes individuales . . . . .	41
2.5.2 Factores predisponentes familiares . . . . .	45
2.5.3 Factores socioculturales . . . . .	45
2.6 Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio . . . . .	46
2.7. Factores que mantienen los trastornos alimenticios . . . . .	50
2.8 Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios . . . . .	51
2.9. Tratamiento de los trastornos alimenticios . . . . .	53

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

3.1. Descripción metodológica . . . . .	57
3.1.1. Enfoque cuantitativo . . . . .	58
3.1.2 Investigación no experimental . . . . .	59
3.1.3 Diseño transversal . . . . .	60
3.1.4 Alcance correlacional . . . . .	60

3.1.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos . . . . .	61
3.2. Descripción de la población y muestra . . . . .	64
3.2.1. Delimitación y descripción de la población . . . . .	64
3.2.2. Descripción del proceso de muestreo . . . . .	65
3.3. Descripción del proceso de investigación . . . . .	66
3.4 Análisis e interpretación de resultados . . . . .	69
3.4.1 Nivel de autoestima en los alumnos de la Escuela Primaria Josefa Ortiz de Domínguez . . . . .	69
3.4.2. Indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios en la población de estudio . . . . .	71
3.4.3. Relación entre el nivel de autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios . . . . .	74
Conclusiones . . . . .	80
Bibliografía . . . . .	82
Mesografía . . . . .	85
Anexos .	

# INTRODUCCIÓN

La inestabilidad de la autoestima en niños se presenta con frecuencia y más aún cuando se asocia con los trastornos alimenticios. En este trabajo se examinan dichas variables en el escenario de una escuela primaria pública. Enseguida se muestran los elementos necesarios para brindar un panorama inicial.

## **Antecedentes**

La autoestima es un variable muy importante, por lo cual se define de diferentes maneras. Wilber (mencionado por Zagalaz y cols.; 2002) indica que la autoestima está vinculada con las características propias del individuo, quien hace una valoración de sus atributos y configura una autoestima positiva o negativa, dependiendo de los niveles de consciencia que exprese sobre sí mismo.

El autor indica que la autoestima es la base del desarrollo humano; señala que el nivel de consciencia de sí mismo, impulsa a realizar acciones creativas y transformadoras.

En esta necesidad de aprendizaje sobresale el hecho de defender la continuidad de la vida a través de un desarrollo equitativo, humano y sustentable.

Por otra parte, en cuanto a los estudio que guardan relación con dicha variable, Valenzuela (2013) llevó a cabo un estudio sobre la relación entre el nivel de autoestima y el rendimiento escolar de los alumnos de sexto grado, de la Escuela Primaria Urbana Federal “16 de septiembre”, con el fin de determinar la diferencia entre el nivel de autoestima que presentan los alumnos de bajo rendimiento académico, comparado con el de los educandos con alto rendimiento académico.

Esta investigación tuvo como evidencia el hecho de que no existe diferencia significativa entre el nivel de autoestima que presentan los estudiantes de bajo rendimiento académico, en comparación con el de los educandos con un alto rendimiento académico.

Por otro lado, al hablar de trastornos alimenticios en niños, es necesario examinar la influencia que se tiene en la delgadez y la imagen corporal. Estos trastornos de la alimentación, son perturbaciones de conducta que se relacionan con la alimentación y que también se conocen como desórdenes o trastornos del comer, de la ingesta, alimenticios o de la conducta alimentaria.

Se tiene como referencia de esta variable, la investigación que tiene como título: “La anorexia nerviosa como distorsión de la imagen corporal. Programa de prevención desde la educación física escolar en la provincia de Jaén” (Zagalaz y cols.; 2010).

Los estudios fueron realizados en Gran Bretaña, Estados Unidos, Suecia y Australia; se obtuvo como resultado que el 80% de las adolescentes estaban preocupadas por su imagen corporal, considerándose obesas más del 50%, cuando las medidas antropométricas revelaron que solamente en 25% lo era, según las tablas normalizadas de peso y edad utilizadas (Crispo y cols., citados por Zagalaz y cols.; 2010).

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

Se hizo también una investigación sobre el “Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes”. Se estudió la relación entre las conductas de riesgo de trastorno alimenticio, la imagen corporal y autoestima en un grupo de adolescentes de Secundaria, en el cual se utilizaron tres instrumentos: el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40), Cuestionario de Figura Corporal (BSQ), el Cuestionario de Evaluación de Autoestima y un cuestionario de datos sociodemográficos. La muestra fue conformada por 298 adolescentes de una secundaria pública de Xalapa, Veracruz, México. El estudio arrojó por resultado el riesgo de trastorno alimentario en el 4% de los hombres, el 12% de las mujeres y la patología ya instalada en un 10% en ambos sexos (Moreno y Ortiz; 2009).

En cuanto a la autoestima, los casos se concentraron más en el nivel medio en ambos sexos y ambos coinciden en un 10% de los mismos, en los niveles bajos (Moreno y Ortiz; 2009).

## **Planteamiento del problema**

Existe un número significativo de niños afectados con trastornos de alimentación, lo cual, según se ha afirmado por algunos autores, tiene relación con su nivel de autoestima. Hay diferentes factores que se involucran y determinan el grado de este atributo que se presenta en los niños, lo cual trae como consecuencia la inadecuada alimentación como uso de mecanismo de defensa.

Debido a esta situación, se toma como necesidad realizar la investigación para determinar la importancia del nivel de autoestima que pueden presentar los niños de la Escuela Primaria Josefa Ortiz de Domínguez, y que pudiera estar afectando la alimentación mediante diversidad de trastornos.

Por todo ello surge la siguiente cuestión:

¿Existe una relación significativa entre el nivel de autoestima y el grado en que se presentan los indicadores psicológicos de trastornos alimentarios, en niños de la Escuela Primaria Federal Josefa Ortiz De Domínguez?

## **Objetivos**

Los lineamientos presentados enseguida, tuvieron la función de regular los recursos disponibles para la presente investigación y así, facilitar su adecuada consecución.

### **Objetivo general**

Determinar la relación que existe entre el nivel de autoestima y el grado en que se presentan los indicadores psicológicos de trastornos alimenticios de la Escuela Primaria Federal Josefa Ortiz De Domínguez, del turno matutino, de Uruapan, Michoacán.

### **Objetivos particulares**

1. Definir el concepto de autoestima.
2. Determinar los tipos de autoestima.
3. Analizar las teorías que mencionen el fenómeno de la autoestima.
4. Definir el concepto de trastornos alimentarios.
5. Determinar los principales trastornos alimentarios.
6. Describir los principales indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.
7. Medir el nivel de autoestima que presentan los alumnos de la Escuela Primaria Josefa Ortiz de Domínguez.

8. Evaluar el nivel en que se presentan los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en la población de estudio.

## **Hipótesis**

A partir de una revisión bibliográfica inicial, se estructuraron las siguientes explicaciones tentativas, de las cuales se aceptará una, tras someterlas a comprobación.

### **Hipótesis de trabajo**

Existe una relación significativa entre el nivel de autoestima y el grado en que se presentan los indicadores psicológicos de trastornos alimentarios en niños de la Escuela Primaria Josefa Ortiz de Domínguez, del turno matutino.

### **Hipótesis nula**

No existe una relación significativa entre el nivel de autoestima y el grado en que se presentan los indicadores psicológicos de trastornos alimentarios en niños de la Escuela Primaria Josefa Ortiz de Domínguez, del turno matutino.

## **Operacionalización de las variables**

La variable autoestima se midió con Test de Autoestima Escolar (TAE-ALUMNO), elaborado por Marchant y cols. (2005), la cual posee estándares de validez en la disciplina psicológica, lo que ayudó a conocer la autoestima general de niños de 8 a 13 años de edad y a determinar si el rendimiento escolar que tienen es normal o menor al que se espera.

Por otra parte, los indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios se midieron a través del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI 2) del autor David M. Garner (1998). Esta prueba se conforma por once escalas que representan los principales síntomas que normalmente acompañan a la anorexia nerviosa y a la bulimia nerviosa.

## **Justificación**

La presente investigación resulta de suma importancia, debido a que la autoestima se ve reflejada en el comportamiento y esto influye en las conductas alimenticias, al igual que en la salud. La pertinencia de realizar esta investigación radica en dar a conocer el nivel de autoestima asociado a los indicadores de trastornos alimenticios.

La sociedad se verá beneficiada con el presente trabajo, ya que ayudará a ampliar el conocimiento acerca de la importancia del nivel de autoestima en los

trastornos alimenticios en niños. Debido a esto, se podrán mejorar los hábitos alimenticios, de manera que ayuden a mantener una autoestima adecuada.

Para beneficio de los profesores y padres de familia, ayudará a establecer un nivel de autoestima sano en los niños, lo cual hará posible reforzar un comportamiento adecuado, que contribuya al desarrollo físico y mental. Para ello, se determinaron las estadísticas sobresalientes en relación con el nivel de autoestima en niños de quinto y sexto grado de primaria.

### **Marco de referencia**

Esta investigación fue realizada en la Escuela Primaria Josefa Ortiz de Domínguez, del turno matutino, con clave de 16DPR3737Z, ubicada en la Avenida Ferrocarril número 3005, en Uruapan, Michoacán. La institución tiene la misión de dar atención a la población escolar al cien por ciento; tiene como visión hacer uso de las nuevas metodologías que coadyuven a elevar la calidad de la educación. Sus valores principales son el respeto y la responsabilidad.

Inicialmente, la escuela se fundó en el año de 1979, en la colonia Guadalupe Victoria, y en 1981 se cambió a donde actualmente se ubica. Se comenzó con aulas de madera, y posteriormente se construyeron más aulas; ahora se cuenta con 12, además de una de medios. Por otra parte, 6 aulas se encuentran en proceso porque están solo adaptadas, además, están en uso una dirección y una biblioteca.

Se acepta población regular y con problemas de aprendizaje. Se cuenta con 367 alumnos, de los cuales 172 son hombres y 195 mujeres; en la docencia hay 12 maestros en aulas, un director, un maestro de educación física y un intendente.

La estructura de la escuela está conformada por cinco edificios, se cuenta con sanitarios para hombres y mujeres, un campo de futbol y una cancha techada de básquetbol, la cual se utiliza como plaza cívica; dos grandes áreas verdes y una oficina de dirección.

# **CAPÍTULO 1**

## **AUTOESTIMA**

En este capítulo se hablará sobre importancia de la autoestima, así como su definición, origen, desarrollo, niveles, entre otros aspectos, con el fin de conocer a fondo la primera variable de esta investigación.

### **1. 1 Conceptualización de autoestima.**

La autoestima es un concepto que varios autores delimitan de diferente forma, por lo que ahora se presentan algunas definiciones para entender más claramente esta variable.

La autoestima ayuda al sujeto a estar consciente de sí mismo, a ser capaz de ser competente, tener la habilidad de poder enfrentar la vida y poder ser merecedor de la felicidad. “La autoestima es una necesidad psicológica básica”, (Branden; 2010: 17). Al hablar sobre ello, se dice que es esencial para el desarrollo humano, ya que con esto el individuo se puede desempeñar en cualquier ámbito. Esta característica es importante para la supervivencia, ya que sin autoestima positiva, el crecimiento psicológico se ve afectado (Branden; 2010).

Al definir a la autoestima como una actitud, se habla sobre la aceptación hacia sí mismo. Es la forma común de pensar, amar, sentir y comportarse consigo mismo.

Lo anterior ayuda a formar las experiencias propias, haciendo referencia al “yo” personal. Por eso, se dice que la autoestima no es innata, sino adquirida, ya que se genera como del resultado de la historia de cada persona. Como actitud es una estructura consistente, estable, difícil de cambiar y mover, sin embargo, es dinámica, por lo que puede crecer, arraigarse o debilitarse (Alcántara; 1990).

La autoestima es la experiencia adquirida, que conlleva a ser competente al enfrentarse a desafíos básicos personales para lograr una felicidad plena. La eficacia y el respeto hacia sí mismo, contribuyen a la construcción de una autoestima sana (Branden; 2008).

La autoestima se entiende como la valía que tiene cada persona, basada en pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias, ya que estas son adquiridas a lo largo de la vida. Todas estas expresiones se reúnen y conjuntan un sentimiento, ya sea positivo hacia sí mismo, o al contrario, por no ser lo que se esperaba (Clark y cols.; 2000).

Coopersmith define la autoestima como “el juicio personal de valía, que es expresado en las actitudes que el individuo toma hacia sí mismo. Es una experiencia subjetiva que se transmite a los demás por reportes verbales o conducta manifiesta” (citado por Crozier; 2001: 205). El autor referido sugiere que hay cuatro factores que contribuyen al desarrollo de la autoestima: el valor que le da a los objetos, al igual a que su “yo”; la experiencia que le da el éxito, la definición que le da a las

circunstancias, tanto éxito como fracaso y el estilo con que enfrenta la retroalimentación negativa o crítica.

Considerando las anteriores afirmaciones de conceptos hacia la autoestima, en esta investigación se tomará en cuenta la de Coopersmith (referido por Crozier; 2001), porque en ella se maneja el autoconcepto en forma de valía y esta se ve reflejada en las actitudes del individuo y en su conducta. Para complementar, se tomará en cuenta la definición de Alcántara (1990), pues resulta importante mencionar que la autoestima es adquirida a través de las experiencias del desarrollo humano.

## **1.2 Origen y desarrollo de la autoestima**

En este apartado se especifica de dónde surge la autoestima, cuáles son sus causas y cómo se forma de acuerdo con el desarrollo humano, en su ciclo de vida.

La autoestima, al igual que el concepto del yo, se va desarrollando a lo largo de la vida, empezando por la infancia y pasando por diversas etapas de progresiva complejidad, en cada una se van adquiriendo pensamientos y sentimientos hacia sí mismo, lo cual da como resultado un sentimiento generalizado de valía o incapacidad.

En los primeros años de vida, el bebé no tiene capacidad de ser una sola unidad, a lo que se le puede llamar “conciencia”, para él solo existen las

sensaciones, como la de bienestar al recibir afecto, por medio de cariño, o simplemente cuando ingiere sus alimentos o cuando está cómodo (Branden; 2008).

La autoestima se forma por dos factores fundamentales: el endógeno, que está compuesto por cuestiones internas como los valores, las creencias, identidad y espiritualidad, siendo desencadenantes de las capacidades y las actitudes; por otro lado, existe el exógeno, que se adquiere a través del medio ambiente en el que se desenvuelve la persona y la retroalimentación que adquiere, esto varía entre una persona y otra.

Todo niño se da cuenta de la incapacidad para realizar y entender algunas situaciones, pero está consciente de que cuando crezca lo podrá hacer, por eso para él, no representa un problema.

A medida que la persona joven madura, va obteniendo la voluntad de comprender su conceptualización, esta es la característica básica de la madurez psicológica, que por lo tanto, lo lleva a obtener una autoestima.

Durante el ciclo de desarrollo, el ser humano se encuentra con diferentes problemas y la manera en que los decida resolver, se verá reflejada en su autoestima. El problema comienza en la niñez, cuando se tiene que enfrentar a diferentes situaciones en la vida, debido a que hay momentos en que la mente y las emociones no están coordinadas de una forma adecuada.

Por eso es importante marcar que la racionalidad debe guiar a las emociones para lograr un equilibrio entre estas, formando a la virtud, que se requiere para que se logre una verdadera autoestima. De no ser así, esta se convierte en una autoestima no adecuada (Carrión; 2007).

La autoestima está conformada por factores tanto internos como externos. El nivel de autoestima tiene profundas consecuencias en cada aspecto de la existencia. Por ejemplo, los sentimientos agradables, como son el afecto, las caricias y la aceptación, ayudan a que el niño encuentre con mayor facilidad un sentido de pertenencia, lo cual es esencial para sentirse valorado.

Cuando se presentan situaciones contrarias, tanto rechazo como algunas enfermedades que comprometan al cuerpo, como las malformaciones, estas son tomadas como amenazas desde temprana edad en la autoestima de los niños (González-Arratia; 2001).

Los niños que crecen con poca experiencia de contacto, frecuentemente sienten un dolor interno, el cual nunca desaparece por completo. Regularmente este se reprime, provocando una restricción y una insensibilidad psíquica, como estrategia de supervivencia para hacer tolerable la vida (González-Arratia; 2001).

Para el desarrollo de la autoestima del niño, es esencial la ayuda de los padres, se requiere que ellos mismos conozcan sus debilidades y descubran nuevas oportunidades en cualquier situación, esto se da por medio del aprendizaje. El

aumento de la autoestima de niño, se favorece cuando se da cuenta que a pesar de temores, ansiedades, frustraciones y fracasos es capaz de sostenerse y manejar con firmeza los retos de la vida (Euroméxico; 2005).

Para la elaboración de una autoestima positiva, depende primordialmente del trato que se genere en su ambiente familiar y la forma en que se sienta respecto hacia sí mismo. El deber de los padres es reforzar las situaciones positivas para estimular al niño a ser capaz de solucionar cualquier situación y que tenga éxito en la escuela y en la vida, por el contrario, cuando no se presenta así en el contexto, el niño comienza a detectar incapacidades para realizar actividades, considerándose inútil, y por ende, con una autoestima negativa (Euroméxico; 2005).

Como una forma para reforzar la imagen de sí mismo, el niño debe: experimentar la sensación de orgullo y disfrutar cada actividad que realice, los padres deben reforzar con elogios sobre sus trabajos antes de concentrarse en los problemas, debe evitarse la comparación con otros infantes y deben enseñarle como hacer adecuadamente las actividades.

El nivel de autoestima depende la calidad de las relaciones que suelen ser importantes para el niño, como sus padres, maestros y amigos, ya que estos son un reflejo que ellos, en algún momento los imitarán, por eso es importante siempre que aprendan actitudes positivas, y que no confundan las inaceptables conductas con las actitudes negativas, esto se refiere que el niño comprenda que no porque haya

cometido un error significa que sea malo, sino que este se puede corregir (Euroméxico; 2005).

Las herramientas que deben tomar en cuenta para lograr una autoestima positiva los niños, son: una adecuada comunicación, aprender valores, tener la capacidad de reflexionar, ya que tiene la necesidad de ser independiente, de recibir reconocimiento y de encontrar su propia identidad.

En resumen, la autoestima nace de todas las experiencias positivas de la vida, la autoestima baja proviene de situaciones negativas y de experiencias, como la de padres imponentes (Euroméxico; 2005).

En cambio el autoconcepto, como se ha mencionado en este apartado, combina con la autoimagen ideal y real del sujeto, es decir, como quiere ser y como se percibe él en la realidad, en pocas palabras, es la percepción de sí mismo (Lamb y cols.; 2011).

### **1.3 Niveles de la autoestima**

En este apartado se mencionan las características de los niveles que existen de la autoestima, según varios autores.

El nivel de autoestima tiene acentuadas consecuencias en cada aspecto de la vida. Existen correlaciones positivas entre la autoestima saludable y otros varios riesgos que van relacionados con la capacidad para conseguir los objetivos.

Una autoestima saludable se relaciona con la racionalidad, el realismo, la intuición, entre otros aspectos. Por otro lado, existe también la autoestima baja, que se relaciona con la irracionalidad y la ceguera ante la realidad, lo cual lleva a consecuencias negativas, como son el miedo al cambio y a lo desconocido.

Una autoestima alta, ayuda a superar metas, al alcanzar estas, se nutre la autoestima positiva. En cambio, una autoestima baja busca la seguridad de lo conocido y la falta de exigencia. El limitarse a lo familiar y a lo fácil contribuye a debilitar la autoestima, por lo tanto, la autoestima alta conlleva a una gran felicidad personal (Branden; 2011).

Una autoestima alta busca los desafíos y el logro de metas dignas y exigentes. Cuando se alcanzan dichas metas, la autoestima positiva se nutre. A diferencia de la autoestima baja, la persona busca la seguridad de lo conocido a falta de experiencia, es decir, el limitarse a lo familiar y lo fácil contribuye a debilitar la autoestima (Branden; 2011).

Cuanto mayor sea la autoestima, más fuerte es el deseo de expresarse y de reflejar la riqueza interior, y probablemente las comunicaciones son más abiertas,

honradas y apropiadas; ya que hay una valoración de los pensamientos, las relaciones interpersonales tienden a ser más gratificantes que perjudiciales.

Y en cuanto menor sea la autoestima, más urgente es para el individuo la necesidad de sentir que puede lograr sus actividades o de olvidarse de sí mismo y vivir mecánica e inconscientemente; las expectativas llegan a ser muy bajas, menores a las que probablemente puede aspirar a conseguir. La comunicación es más opaca, evasiva e inapropiada, debido a la incertidumbre de los pensamientos y sentimientos y/o a la ansiedad de la actitud de la persona que está escuchando (Branden; 2011).

En cuanto más saludable sea la autoestima, el individuo se inclina a tratar a los demás con respeto, benevolencia, buena voluntad y justicia, ya que no los tiende a considerar como una amenaza y así, se da el respeto a sí mismo y por consiguiente, a los demás. Por lo tanto, la autoestima alta lleva a una gran felicidad personal, y lógicamente, por el contrario, la autoestima baja se correlaciona con la infelicidad (Branden; 2011).

El nivel de autoestima de del adolescente está relacionado con todos los pensamientos, sentimientos y actos que lleva a cabo. Cuando se aprehende positivamente de autoestima, esta se disfruta, mientras si hay una imagen negativa de sí mismo, se posee poca autoestima (Clark y cols.; 2000).

#### **1.4. Componentes de la autoestima**

Los componentes de la autoestima son: el cognitivo, el afectivo y el conductual. En este apartado, se especificará cada uno de ellos. Sin embargo hay otros autores que afirman existen diversos componentes, de los cuales, algunos serán mencionados y definidos.

El componente cognitivo indica sobre ideas, opiniones, creencias, percepciones y procesamientos de información. El autoesquema es una creencia y opinión hacia sí mismo, que ayuda a organizar experiencias pasadas y se utiliza para dar una interpretación a lo sucedido en el ambiente social (Alcántara; 1990).

El componente afectivo se forma por medio de la valoración a sí mismo, tanto positiva como negativa, lo que implica sentimientos favorables y desfavorables. Esto es, la admiración entre la misma valía, se crea un juicio de valor sobre las cualidades personales. Por lo tanto, es la respuesta de la sensibilidad y emotividad, ante los valores y contravalores que se advierten en sí mismo (Alcántara; 1990).

Se puede decir que el componente afectivo, es el corazón de la autoestima, ya que aquí se crea la valoración, el sentimiento, la admiración o desprecio, el afecto, el gozo o el dolor íntimos, donde se condensa la esencia de la autoestima (Alcántara; 1990).

Por último, el componente conductual significa tensión, voluntad y decisión de actuar, es decir, de llevar a la práctica un comportamiento consecuente y coherente. Es la autoafirmación dirigida hacia el propio yo en busca de consideración y reconocimiento por parte de los demás. También se presenta el esfuerzo por alcanzar fama, honor, respeto ante los demás y ante sí mismo (Alcántara; 1990).

Por otro lado, se habla de que existen dos componentes de la autoestima que van relacionados entre sí: uno es la sensación de confianza frente a los desafíos de la vida, que será llamado eficacia personal; el otro es la sensación de considerarse merecedor de la felicidad, llamado el respeto hacia uno mismo (Branden; 2011).

La eficacia personal significa confianza en el funcionamiento de la mente, en la capacidad de pensar, entender, aprender, elegir y tomar decisiones; confianza en la capacidad de entender los hechos de la realidad que entran en el ámbito de los intereses y necesidades, y lo más importante, la confianza de sí mismo.

El respeto a sí mismo significa la reafirmación de la valía personal, es una actitud positiva hacia el derecho de vivir y ser feliz; es la comodidad al reafirmar de forma apropiada los pensamientos, deseos y necesidades; el sentimiento de que la alegría y la satisfacción son derechos innatos naturales (Branden; 2011).

Otro autor (Carrión; 2007) marca que la autoestima tiene dos componentes, que resultan ser indispensables para su desarrollo: la eficacia personal y el respeto a uno mismo.

La eficacia personal es la confianza en el funcionamiento correcto de los procesos mentales, es la capacidad de análisis, comprensión, secuenciación, aprendizaje, elección y decisión, es la capacidad la de observación objetiva de los hechos.

Por otra parte, la eficacia personal, también llamada excelencia, se basa en un equilibrio de las tres cualidades humanas fundamentales: sinceridad, valor y prudencia.

- 1) La sinceridad se ejerce hacia sí mismo para reconocer tanto los valores como los defectos, sin exaltaciones producto de las pasiones, ni baja estima, como producto del miedo, pereza y negligencia.
- 2) Se tiene valor para enfrentar la realidad, el trabajo y el esfuerzo, para darse cuenta de los defectos y las limitaciones.
- 3) Y por último la prudencia, para no cometer errores por tomar decisiones apresuradas y lograr una decisión más conveniente.

El respeto a sí mismo, también llamado sentido del valor personal, es la reafirmación de la valía personal, el derecho de vivir y de ser feliz. Es una satisfacción serena en la adecuada forma de eficacia personal.

En lo que consiste al desarrollo personal, es precisamente ajustar a la realidad, o lo más próximo a esta, la distorsionada autoimagen y estima. El desarrollo personal es lo mismo que la autorrealización (Carrión; 2007).

## 1.5 Pilares de la autoestima

Hay seis pilares que se consideran cruciales y fundamentales, y cuando estas seis prácticas se encuentran ausentes, la autoestima se perjudica; cuando estas formen parte de la vida integral de las personas, se fortalecen. Enseguida se mencionarán, con base en Branden (2011):

1. La práctica de vivir conscientemente: constituye un determinante aislado más importante de la eficacia y el respeto hacia sí mismo. Los que intentan vivir sin pensar y eluden los hechos desagradables, padecen una deficiencia en un sentido de la dignidad personal. Las personas deben aprender a elegir con un grado de consciencia para que esta decisión pueda funcionar. Se percibe a la consciencia como una manifestación de la vida, ya que mientras más elevada sea el nivel de consciencia, más evolutiva tiende a ser la vida. Para vivir de una manera más consciente, tiene que haber una mente más activa, una inteligencia que goce de su propio ejercicio, estar consciente del momento y enfrentar los hechos, en lugar de rehuirlos.
2. La práctica de aceptarse a sí mismo: es una virtud de valor hacia la misma persona. Es un acto primario de apreciación que ayuda a procurar una autoestima. La aceptación de sí mismo implica a rehusar a considerar cualquier parte del ser, por ejemplo, los pensamientos, acciones, sueños, así como el “no yo” que es ajeno a él. Es la voluntad de experimentar, en lugar de evadir todas las circunstancias en todo momento. Implica estar para sí mismo.

La aceptación de sí es la orientación de la valoración propia y del compromiso consigo, resultante al hecho de saber sobre su existencia.

3. La práctica de aceptar responsabilidades: la persona debe ser competente para vivir y ser digno de una felicidad, debe sentir que tiene el control de su propia existencia, así como aceptar las consecuencias de sus acciones y sus metas, lo cual conlleva a aceptar la responsabilidad de su vida y su bienestar. Para sentirse competente en la vida y digno de una felicidad, se necesita experimentar una sensación de control sobre la vida, esto exige estar dispuesto a asumir la responsabilidad de los actos y del logro de las metas. La responsabilidad de sí mismo es esencial para la autoestima, es también un reflejo o una manifestación de dicha característica.
  
4. La práctica de la afirmarse a uno mismo: afirmarse a sí mismo es la virtud de expresarse adecuadamente, respetando las necesidades, deseos, valores y convicciones que tiene la persona, y buscando formas racionales para expresarlas de forma práctica. Una autoafirmación sana conduce a una voluntad de enfrentarse a los desafíos de la vida, logrando tener un obtener un control sobre ellos. La autoafirmación significa respetar los deseos, las necesidades y los valores, buscando una forma de expresión adecuada a la realidad. La autoafirmación simplemente significa la disposición de valerse por sí mismo, ser quien es abiertamente y tratarse con respeto en todas las relaciones humanas.

5. La práctica de vivir con un propósito: los propósitos constituyen la esencia del proceso de vida. Por medio de los propósitos, se organiza la conducta, a través de las metas se crean las estructuras, que permiten experimentar el control de la existencia. El hecho de tener una autoestima no se interpreta por cuestiones externas, sino por el índice del valor. Al decir que se vive con intención, es cuando la persona aprende a utilizar todas sus facultades para la consecución de las metas que elija. Las finalidades impulsan, exigen habilidades para vigorizar la vida.
  
6. La práctica de la integridad: a medida que una persona se desarrolla, va creando, imitando o desarrollando sus propios valores. La integridad personal va tomando un aumento hacia la evaluación de la misma persona. Por lo tanto, cuando la conducta es congruente con los valores, se dice que el sujeto tiene integridad. Pero en caso contrario, es decir, cuando la integridad es faltante, esta situación afecta la autoestima, y lo único que la puede sanar es la misma integridad (Branden; 2008). La integridad consiste en la conjunción de los ideales, convicciones, normas, creencias, y conducta, de manera que cuando los valores son congruentes con el comportamiento, se dice que se tiene integridad. Al comportarse de una forma que entra en conflicto con el criterio acerca de lo que es adecuado, el respeto a sí mismo es menor, y si esta conducta se vuelve habitual, se dejará de confiar por completo (Branden; 2011).

7. Hay un séptimo pilar de autoestima que menciona este autor, en donde se considera la conclusión de los seis pilares, que significa la disposición y la voluntad de vivir con estas seis prácticas, tomando en cuenta que no siempre son fáciles de llevar a cabo al pie de la letra, ya que no son conductas automáticas y se tiene que lograr a través de la consciencia. Por lo tanto, el vivir conscientemente requiere de un gran esfuerzo, que va esto en contra de la inercia y la pereza como individuos.

## **1.6 Medición de la autoestima**

En este último apartado de la autoestima se hablará sobre las pruebas que miden la autoestima, cuál de ellas será utilizada, qué beneficio tendrá y por qué.

La prueba estandarizada para medir la autoestima que es muy utilizada, es el Test estandarizado de Rosenberg, que se presentó por primera vez en 1965 y fue revisado en 1989. Este test es una escala profesional utilizada en la práctica clínica para valorar el nivel de autoestima (sicolog.com).

Por otro lado también existe el test de autoestima escolar TAE Elaborado por Teresa Marchant, Isabel Margarita Haeussler y Alejandra Torreti (1995).

El TAE-Alumno es un test estandarizado en Chile que tiene normas elaboradas en puntajes T por curso, desde tercero a octavo básico y por edad, desde 8 hasta los 13 años. El test permite ubicar el nivel de autoestima del niño en

categorías que guardan relación con los puntajes T: normalidad, baja autoestima o muy baja autoestima ([www.elpsicoasesor.com](http://www.elpsicoasesor.com)).

Este test se conformó a partir de una selección de ítems del Test Americano Piers Harris. El test está compuesto de 23 afirmaciones frente a cada una de las cuales el niño debe contestar Sí o No. El instrumento da un resultado único, no tiene subescalas, y los reactivos que lo conforman pertenecen a las seis subescalas del test original: conducta, status intelectual, apariencia física y atributos, ansiedad, popularidad, felicidad y satisfacción ([www.elpsicoasesor.com](http://www.elpsicoasesor.com)).

Otra prueba es el Inventario de Autoestima de Coopersmith, pero para llegar a ella, el investigador realizó un cuestionario llamado *Self – Steem Inventory* para evaluar la autoestima de los niños. Los ítems se referían a diferentes zonas de la vida, incluyendo la escuela, las relaciones con compañeros y dentro de la familia. Administró el cuestionario a una muestra de niños entre 10 y 12 años y con base en sus respuestas seleccionó a niños con autoestima alta, media o baja.

Así identificó cuatro dimensiones de la autoestima: competencia, virtud, poder y aceptación social. En su trabajo seccionó cuatro dimensiones significativas para la autoestima: la aceptación, preocupación y respeto por las personas, y la significación que ellos tuvieron; la historia de éxitos y la posición que la persona tiene en la comunidad; la interpretación que la persona hace de sus experiencias; por último, la que tienen las personas de responder a la evaluación.

Se elaboró una adaptación del inventario en la Universidad de Concepción en Chile en 1988. La prueba de Coopersmith traducida al español, se estandarizó en la Universidad de Concepción, en Chile por H. Brinkmann y T. Segure sobre la traducción de J. Prewitt-Díaz en 1988. Se realizó una investigación aplicada a 1398 alumnos de ambos sexos, de primero y segundo de enseñanza media, lo que permitió introducir mínimos cambios en la terminología que se había usado en la traducción anterior (Brinkmann y cols.; 1989).

El inventario quedó compuesto por 58 ítems y permite la percepción del estudiante en cuatro escalas: autoestima general, social, hogar y padres, escolar-académica y una escala de mentira.

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

La prueba que se utilizó para medir la autoestima en los niños del presente estadio, es la TAE-Alumno, porque dará como resultados en nivel de normatividad que presenten los niños en la autoestima, es decir, en que rango se encuentra esta variable, ya sea normal, baja o muy baja autoestima (Marchant y cols.; 2005).

Como se pudo notar en el presente capítulo, la autoestima es una variable que evoluciona de manera lenta. El nivel en que se encuentre puede condicionar la conducta del individuo en las diversas áreas en que se desenvuelva.

Por otro lado, una de las características que puede influir notablemente en la vida del sujeto, es la presencia de trastornos de la alimentación, cuyo desarrollo se puede revisar en el siguiente capítulo.

## **CAPÍTULO 2**

### **TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN**

En este capítulo se conocerá sobre los antecedentes de la alimentación, su definición y características clínicas, también se conocerá sobre algunos tipos de trastornos como la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad, hiperfagia, vómitos y algunos trastornos presentados en la infancia. Además, se revisará la esfera oraalimenticia, su organización y sus alteraciones.

#### **2.1. Antecedentes históricos de la alimentación**

En este apartado se habla sobre la alimentación desmesurada, como toma parte del carácter social y la demostración de poder, así como el simbolismo, ritualismo, el origen panhipopituitario y los factores psicosociales, entre otros.

Desde hace muchos años ya se contaba con conductas alimentarias desordenadas en las culturas antiguas. Muchos años antes, cuando se organizaban banquetes en donde se comía de forma desmesurada y exageradamente, se utilizaba una demostración de poder de carácter social, y algunas veces de marcado simbolismo sagrado, era aquí donde el vómito era un procedimiento esencial para volver a comer.

La restricción alimentaria estuvo asociada a la cultura cristiana, como un simbolismo religioso. Este ritual lo practicaban los cristianos y los místicos, haciendo un ayuno como penitencia, como una expresión de rechazo al mundo y para conseguir un estado espiritual más elevado.

Las primeras teorías evocaban una afección con origen panhipopituitario. Tiempo después se desarrollaron las teorías psicológicas, principalmente la de psicoanálisis. En los años setenta del S. XX, se descubrió que existen más desencadenantes del trastorno y que no solo es un factor el determinante, sino que debe confluír un conjunto los factores encadenados, psicológicos, biológicos y sociales.

Russell, en 1979, descubrió un cuadro de episodios de ingesta voraz y conductas de purga posteriores que se consideran vinculados a la anorexia nerviosa, ya que algunas pacientes no les resultaba muy eficaz, recurren a conductas de ingesta voraz y de purga, a esto Russell le llamo bulimia nerviosa, y la consideró como una evolución de la anorexia (Jarne y Talarn; 2000).

## **2.2. Definición y características clínicas de los trastornos alimenticios**

Los trastornos alimenticios se caracterizan por alteraciones graves en la conducta alimentaria. Particularmente, la anorexia nerviosa se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los entandares mínimos; mientras tanto, la bulimia se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad, seguidos por

conductas compensatorias inapropiadas, que se refieren al vómito provocado, al uso excesivo de laxantes y diuréticos u otros medicamentos. Aquí se hace mención de las definiciones de algunos trastornos, como sus características y tipos. Se mencionará sobre la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad, hiperfagia, vómitos y algunos trastornos de la conducta alimentaria (APA; 2002).

### **2.2.1. Anorexia nerviosa**

La anorexia nerviosa es un trastorno de la alimentación que se caracteriza por un deseo intenso por pesar cada vez menos, es un miedo a estar obesa, y en particular, es un trastorno del esquema corporal que hace que los pacientes alteren su realidad al verse más gordas de lo que están. El método que utilizan para lograr una pérdida progresiva de peso es una intensa restricción alimentaria, que puede incluir ejercicio físico y conductas de purga.

Se estipula que entre los criterios para dar el diagnóstico de la anorexia nerviosa, tiene que haber rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal, considerando la talla y la edad; tener un miedo intenso a ganar peso, o a convertirse en obeso; lograr una alteración en la percepción de su peso o silueta corporal, una autoevaluación exagerada y negación del daño que puede provocar el bajo peso corporal. En las mujeres pospuberales, se presenta la amenorrea, es decir, la ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos (Jarne y Talarn; 2000).

Las características esenciales de la anorexia nerviosa consisten en el rechazo a mantener peso corporal mínimo normal, presentan un miedo intenso a ganar peso y una alteración en la percepción en la forma de su cuerpo.

Las personas con este trastorno mantienen peso menor al esperado para su edad y talla. Presentan un miedo elevado a ganar peso o a convertirse en obesos. Así como una alteración en la percepción del peso y de la silueta corporal (APA; 2002).

Existe otro tipo, llamado anorexia nerviosa atípica, este término se utiliza para aquellos casos que no cumplen con todas las características. Pueden fallar algunos signos como la pérdida significativa de peso o la amenorrea, además, no es debida a una causa somática conocida (Castillo y León; 2005).

### **2.2.2 Bulimia nerviosa**

La bulimia nerviosa es un trastorno que se caracteriza por un modelo de alimentación anormal, con episodios de ingesta voraz, con el objetivo de eliminar calorías ingeridas. Después de la conducta, el sujeto se siente con tristeza, malhumorado y con sentimientos de menosprecio y autocompasión.

Entre estos periodos, la alimentación puede no ser normal, estar limitada o en un perpetuo ciclo de grandes ingestas y vómitos. Es un trastorno que se presenta

frecuentemente en mujeres occidentales de entre 9 a 25 años, sin involucrar el nivel sociocultural (Jarne y Talam; 2000).

Según la definición del DSM-IV (APA; 2002), la bulimia nerviosa es la presencia de atracones. Por lo que un atracón se caracteriza por:

- La ingesta del alimento en un corto tiempo transcurrido.
- Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento.

Por conductas compensatorias inapropiadas, repetitivas, con el fin de no ganar peso, como la provocación del vómito, el uso excesivo de laxantes enemas u otros fármacos, diuréticos, ayunos y ejercicio excesivo.

Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas, se presentan por lo menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses. La autoevaluación está muy influida por el peso y la silueta.

Las características esenciales de la bulimia nerviosa son los atracones y los métodos compensatorios de inapropiados para evitar ganar peso. La autoevaluación se encuentra influenciada por la silueta y el peso corporales (APA; 2002).

Existe otro tipo llamado, bulimia nerviosa atípica, este trata de los cuadros en los que fallan en algunos síntomas o signos principales que son característicos de este trastorno.

### **2.2.3 Obesidad**

La obesidad es un trastorno crónico que frecuentemente se confunde con el exceso de peso; se define como una excesiva acumulación de tejido adiposo en el conjunto corporal, esta es fácil de diagnosticar a simple vista (Jiménez; 1997).

### **2.2.4. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas**

Es un término formado por el CIE-10, que explica sobre “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: pág. 225).

### **2.2.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas**

También son conocidos como vómitos psicógenos e hiperémesis gravídica psicógena. Pueden presentarse vómitos repetidos, no autoprovocados en cuadros disociativos, en la hipocondría, con uno de los muchos síntomas corporales experimentados, y en el embarazo, donde los factores emocionales pueden contribuir a la aparición de vómitos o náuseas recurrentes (Castillo y León; 2005).

## **2.2.6 Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia**

La característica principal es rechazo del niño hacia los alimentos o la presencia de conductas caprichosas que se alejan de la conducta alimentaria normal y lo hace frente a su cuidador habitual. Se descarta cualquier enfermedad orgánica (Castillo y León; 2005).

Jiménez (1997) señala una clasificación de los problemas alimenticios infantiles, que son los problemas de conducta en las horas de las comidas, hábitos dietéticos inadecuados, negación a tomar múltiples alimentos, mantenimiento de las comidas trituradas durante un tiempo excesivo, demora o dificultad para tragar, succionar o masticar, prolongación de la ayuda para comer, pica, sobrealimentación, baja ingesta de alimento.

Enseguida se explican las características de otros trastornos que pueden presentarse en la alimentación.

- Rechazo alimentario

Es un síntoma que puede aparecer en múltiples patologías psiquiátricas, una de ellas es la anorexia nerviosa, ya que en las primeras etapas, la persona no pierde el apetito, pero sí rechaza la comida, aunque es difícil detectar este síntoma, ya que se confunde con pretextos de molestias intestinales, entre otras circunstancias.

- Pica o alotriofagia

Es un trastorno de la conducta alimentaria en la que el individuo ingiere de forma persistente sustancias no nutritivas, como la tierra. Esta es considerada anormal después de los 18 meses. En la situación de los niños, puede ser un síntoma más de un trastorno psiquiátrico grave, como el autismo o el retraso mental (Castillo y León; 2005).

- Rumiación o mericismo

Es un trastorno poco frecuente que aparece entre los tres y los doce meses. Consiste en la regurgitación repetida de la comida ingerida, acompañada por pérdida de peso o incapacidad de ganar el peso esperado para la edad del niño, ya que la comida es expulsada, o en otras ocasiones, deglutida de nuevo (Castillo y León; 2005).

- Potomanía

La potomanía es la ingesta excesiva de líquidos, habitualmente agua. El objetivo de la ingesta excesiva de agua es el de inducir saciedad o engañar sobre la ganancia ponderal real (Castillo y León; 2005).

- Trastorno de la conducta alimentaria no especificado

Según el DSM-IV, se define como un trastorno que no cumple con ningún criterio para la conducta alimentaria específica (Castillo y León; 2005).

### **2.3 Esfera oroalimentaria en el infante**

La actividad oral es de gran satisfacción y de necesidad de nutrición biológica. También es considerada como una fuente de contacto mediante la apropiación de un objeto externo consistente en tomar y dejar, es un juego de labios o mordiscos, de ingurgitación y regurgitación (Ajuriaguerra; 1973).

#### **2.3.1. Organización oroalimentaria**

Es una reacción oral, considerada como un reflejo de succión y deglución, que aparece en las primeras etapas, en formas de relación con el mundo externo, aunque aún no se genere una relación objetal. Se considera que la madre aun no es el objeto amado, sino la dependencia infantil, ya que esta solo es el alimento.

La conducta infantil ante el pecho materno pasa por diferentes fases:

A los ocho días de nacido, responde a las señales, como las de la sensibilidad profunda y del equilibrio.

Hasta el segundo mes, el niño solo reconoce la señal de comida cuando tiene hambre.

Un poco antes de los tres meses el niño reacciona ante la presencia del adulto que se le acerca al llorar porque tiene hambre. En ese momento responde al estímulo externo, en función de una simple percepción interoceptiva creada por un impulso habitual.

En los tres meses el niño reacciona al tomar el biberón con cambios motores o movimientos de succión (Ajuriaguerra; 1973).

### **2.3.2. Alteraciones en la esfera oroalimentaria en la infancia.**

Aquí se hará mención de dos etapas en las que se presentan alteraciones en la esfera oroalimentaria en la infancia;

La primera es la anorexia del recién nacido que se divide en dos; la otra es la anorexia de la segunda infancia.

La primera es la anorexia esencial precoz, se puede considerar rara. Puede aparecer en el primer día de nacido o en los primeros días. Se da de manera especial en niños de poco peso, nerviosos o muy despiertos. Al principio se muestran pasivos ante la comida y después de unos meses, se muestran renuentes a comer.

Otra es la anorexia del segundo semestre, esta es más frecuente, pues aparece entre el quinto y octavo mes, al eliminar paulatinamente la leche e ir cambiando el régimen, cuando todavía es cambiante el apetito y todavía se producen grandes cambios en el desarrollo infantil.

La anorexia de la segunda infancia suele darse en niños de que se han alimentado con normalidad en el primer año, apareciendo mecanismos de rechazo causados por cierta ritualización de la comida en el ambiente familiar. Es una oposición a la rigidez paterna, o a elegir caprichosamente la comida, con indicios fóbicos (Ajuriaguerra; 1973).

## **2.4 Perfil de la persona con trastornos alimenticios**

Aquí se hablara detalladamente de las características individuales más comunes en las personas afectadas por un trastorno de la alimentación.

- Problemas con la autonomía: es una dificultad que tienen ciertas personas para funcionar ante patrones externos. Esto se da en jóvenes que están preocupados por cumplir los ideales de sus padres o de darles satisfacción a los demás.
- Déficit de la autoestima: las personas crean imágenes sobre sí mismas y desarrollan su propio concepto. Es el nivel en que el sujeto se acepta a sí mismo, llamado autoestima. Los niveles de autoestima varían en ambos

sexos, una persona puede ser tan exitosa dependiendo de la seguridad de sus posibilidades con las que se ha desarrollado en el área del triunfo y aceptación.

- Camino a la perfección y el autocontrol: esta tendencia es muy común en los jóvenes con trastornos del comer, llegan a un punto donde sienten que lo que hacen no es suficientemente bueno, provocándoles sufrimiento y sensación de ineficacia. Esta búsqueda de perfección es desplazada al peso corporal, ya que según su percepción, para alcanzar la perfección hay que tener un cuerpo ideal a cualquier costo.
- Miedo a madurar: por lo general, los trastornos de la alimentación se desarrollan en el periodo que va desde la pubertad, pasando por la adolescencia hasta la juventud. Se presenta generalmente un temor a crecer y a manejar la independencia que eso implica (Costin; 2003).

Cuando se habla de una predisposición, se dice que se prepara con anticipación una situación o el ánimo para un fin. Al hablar sobre factores predisponentes, se expresa que hay elementos en el contexto sociocultural en el que se está inmerso y en las características individuales del sujeto (Costin; 2003).

## **2.5 Causas del trastorno alimenticio**

Existen diversos factores para que alguien pueda presentar un trastorno de la alimentación, sin embargo, uno solo no es suficiente para determinarlo. Se necesita una combinación de diferentes factores, para las características particulares de cada caso; en conjunto, estos elementos ayudan a que una persona sea más vulnerable (Costin; 2003).

### **2.5.1. Factores predisponentes individuales**

Los factores predisponentes influyen en la conducta de comer, tomando en cuenta el aprendizaje, las creencias, las actitudes y la constitución psicofisiológica de la persona. Uno de los factores importantes es la selección de comida, ya que es sabido que el paladar se entrena, que el olor y sabor se someten a un control cultural (Ogden; 2005).

Los factores que influyen en la conducta del comer, hace hincapié en el aprendizaje, las creencias, las actitudes y la constitución psicofisiológica de la persona. Los alimentos representan aspectos de identidad del sujeto en términos de género, sexualidad, conflictos y autocontrol, comunican amor y poder. Ahora, la comida se estudia como un símbolo de la identidad cultural, en relación con la religión, el poder social y la delimitación entre cultura y naturaleza. A continuación se analizarán las clasificaciones de la comida, según Ogden (2005):

- Comida frente a no comida: separa las sustancias que son comestibles de las que no lo son.
- Comidas sagradas frente a profanas: diferencia entre comidas validadas por las creencias religiosas y las que no lo son.
- Clasificación de comidas paralelas: señalan que los alimentos se pueden clasificar como calientes o fríos. En esta situación, la salud juega un papel importante entre el equilibrio que juegan los alimentos según la clase a la que pertenezcan.
- Comida como medicina, medicina como comida: algunos alimentos se utilizan o se evitan en ciertos estados, como el embarazo, la lactancia o la menstruación, y algunos otros como remedios de problemas de mala salud en general.
- Comidas sociales: la comida puede establecerse como una forma de afirmar y desarrollar relaciones, ayuda a simbolizar estatus, ofreciendo platos raros, caros o deliciosos.
- La comida como afirmación del yo: actúa como una comunicación de necesidades internas, conflictos internos y el sentido del yo, es decir, facilita

la información sobre la identidad personal. Los significados de la comida están íntimamente ligados a la identidad de género y a la idea de ser mujer.

- Comida y sexualidad: algunos alimentos están relacionados con la sexualidad y el sexo. Así pues, se considera que comer carne despierta impulsos sexuales.
- Comer como conducta de negación: se dice que la comida es una fuente de placer, pero con frecuencia, no para las personas que tienen la responsabilidad principal de facilitarla, por ejemplo, las mujeres tienen el control de la comida, sin embargo, se niegan a sí mismas el placer de comer.
- Culpabilidad frente al placer: algunos alimentos se asocian con un conflicto entre el placer y la culpabilidad, por ejemplo, los pecados de la carne que indican tanto la comida como el sexo son actividades placenteras y que generan sentimientos de culpabilidad.
- La comida como autocontrol: el alimento simboliza también el autocontrol o la pérdida de este. La dieta se ha vuelto un vehículo perfecto del autocontrol.
- La comida como interacción social: en particular, la comida es un instrumento de comunicación en la familia, ya que con frecuencia, es un lugar en donde se

reúnen y que esta puede convertirse en el foro para poner en común las vivencias del día.

- La comida como amor: a menudo, los alimentos dulces se utilizan para calmar a los niños y mantener la armonía familiar. Se llega a la conclusión que los alimentos sanos y sabrosos son signos del amor familiar y de la determinación de agradar y satisfacer.
- La comida que genera placer es poco saludable: muchas veces, se llega a presentar un conflicto entre la salud y el placer. Por ejemplo, el deseo de proporcionar a los hijos y a los esposos, comidas saludables, puede crear conflictos a las mujeres, ya que frecuentemente las dietas preferidas son pocos saludables.
- La comida que refleja relaciones de poder: la comida puede también reflejar relaciones de poder dentro de la familia. Por ejemplo, se dice que los grupos patriarcales se da al hombre dominante para que coma primero, o incluso, cuando comen juntos, la mujer sirve al hombre. Por lo tanto la comida es un símbolo en las relaciones de poder en el seno de la familia.
- La comida como identidad religiosa: las mujeres judías, hacían muchas de sus comidas que incluían símbolos judíos en la preparación, que dan sentido de santidad a su trabajo doméstico cotidiano.

- La comida como poder social: el alimento también es considerado como un símbolo de estatus social, ya que es una declaración de un alto nivel social y una muestra de poder ante la sociedad (Ogden; 2005).

### **2.5.2 Factores predisponentes familiares**

Es importante destacar que ninguna de las características familiares, por sí misma, causa o producen un trastorno de la alimentación, sino mejor dicho, solo predisponen a eso. Por lo tanto, forman una combinación con otros factores contextuales o circunstanciales de la vida de la persona, que precipita la situación.

Lo que perpetúa el trastorno de la alimentación está muy relacionado con lo que se está haciendo, tanto con la alimentación como las relaciones personales, que pueden dar comienzo a este trastorno (Costin; 2003).

### **2.5.3 Factores socioculturales**

Los factores socioculturales pueden provocar en el contexto la patología del trastorno alimenticio, esta va de la mano con el ambiente familiar, ya que una por sí sola no alcanza a determinarla. Los integrantes de la familia influyen de cierta manera en las situaciones conflictivas, inevitablemente todos están involucrados aunque no sean causantes (Rausch; 1996).

Los factores predisponentes socioculturales son:

- La presión social para ser delgada: el peso tiene un significado importante en la autoestima y felicidad de las mujeres.
- Prejuicios que presionan: se espera que la mujer se desempeñe en cualquier actividad, con un cuerpo perfecto, con una carga brillante o con un matrimonio perfecto, esto para lograr el perfeccionismo que debe tener una gran mujer (Costin; 2003).

## **2.6 Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio**

Cuando hay presencia del trastorno alimentario, las personas manifiestan una gran insatisfacción por su propio cuerpo, que los lleva hacia una baja autoestima. Esto se convierte en una obsesión por un bajo peso y una extrema delgadez, ligada a un deseo y una búsqueda de satisfacción personal.

La imagen corporal se define como la representación diagramática del propio cuerpo en la conciencia. Esta definición se complementa con los aspectos emocionales a los que se encuentran ligados, siendo estos los sentimientos y las actitudes hacia el propio cuerpo. Se le llaman así a los dos aspectos que conforman la imagen corporal, a que uno es cognitivo, porque está asociado a la percepción del propio cuerpo, y el otro es emocional, porque está unido al sentimiento que ello lo provoca.

El trastorno de la imagen corporal se puede observar de dos diferentes fórmulas la primera es perceptual, que se refiere al grado de exactitud con que el paciente estima sus dimensiones corporales, la segunda es el componente efectivo o emocional, refiriéndose a pensamientos y actitudes respecto al propio cuerpo (Jarne y Talarn; 2000).

La insatisfacción corporal es provocada por cambios que manifiestan una preocupación por el peso, esta puede considerarse desde tres perspectivas diferentes:

- Imagen corporal deformada: Se conceptualiza como una estimación deformada del tamaño del cuerpo y una percepción de que el cuerpo es más voluminoso de lo que es en la realidad.
- Discrepancia del ideal: Es otra insatisfacción corporal que destaca por las percepciones de la realidad y las un ideal, esto es porque buscan la perfección del cuerpo.
- Respuestas negativas al cuerpo: Esta se presenta en los sentimientos y cogniciones negativos acerca del cuerpo.

Los hombres, a diferencia de las mujeres, tienen mayor satisfacción corporal. La insatisfacción corporal de los hombres está ligada con los brazos, espalda, pecho y estómago.

Las causas de la insatisfacción familiar se desempeñan en los factores sociales y psicológicos. Los factores sociales señalan que se desempeña un papel importante en los medios de comunicación, la cultura y la familia.

- Medios de comunicación: Las revistas, los periódicos, la televisión, el cine, entre otros medios, representan imágenes de mujeres delgadas. Estas pueden anunciar objetos relacionados con el volumen corporal, como alimentos o ropa, entre otros.
- Cultura: La cultura juega un papel importante sobre la insatisfacción corporal, prestando especial atención a su carácter étnico y su clase social.
- Familia: En particular, se destaca el papel de la madre, ya que se indica que estas se encuentran descontentas con su propio cuerpo y que comunican esa sensación a las hijas, por lo tanto, les transmiten su propia insatisfacción corporal (Ogden; 2005).

Los factores psicológicos de la insatisfacción corporal indican estar relacionados a los medios de comunicación. La clase social, el carácter étnico y el

ambiente familiar suelen estar relacionadas a la insatisfacción corporal, pero no son conscientes. Los factores psicológicos señalan que se desempeña un papel importante en las creencias, naturaleza de las relaciones y consecuencias de la insatisfacción corporal.

- Creencias: las creencias en los individuos logra un papel de competitividad, valor de logro, éxito material y convencimiento de padres a hijos. El papel de las creencias toma un rol tradicional de las mujeres para explicar la preocupación por el peso de las niñas.
- Naturaleza de las relaciones: esta se da entre madre e hija, entre la relación íntima que pueda llevar a una relación complicada y con problemas de separación en la adolescencia. La anorexia puede ser un resultado de la lucha de la niña para desarrollar su propia identidad personal que limita la autonomía de su madre.
- Consecuencias de la insatisfacción corporal: se presenta tanto en hombres como en mujeres, sin embargo las consecuencias son variantes, por ejemplo en las mujeres se someten a un régimen alimentario y los hombres es más probable que participen en deportes de contacto social y diversión.

## **2.7. Factores que mantienen los trastornos alimenticios**

A continuación se hablara sobre las complicaciones de orden fisiológico y psicológico que ayuda a que los trastornos de la alimentación se convierten en factores perpetuantes.

Las prácticas de control de dieta, o bien factores perpetuantes, causan malestares anímicos y emocionales, por lo tanto es inevitable que las consecuencias afecten tanto el organismo, como el ánimo. Se presentan cuatro tipos de consecuencias, que se derivan de la mala alimentación (Costin; 2003).

Las primeras son las complicaciones de orden psicológico, causadas por malestares anímicos y emocionales, llevando como consecuencia a que afecten en el organismo de las personas.

El de orden cognitivo, específica sobre las dificultades en la concentración, en la comprensión y en el estado de alerta, así como muchos jóvenes, presentan dificultades para continuar con los estudios.

El tercero, que sería el de orden social, los sujetos actúan de una forma que van cayendo en un estado de aislamiento y ensimismamiento. Las personas se niegan a participar en actividades grupales, y en situaciones amorosas y sexuales.

Y por último, el de orden fisiológico, que toma como consecuencias, las cefaleas, hipersensibilidad a la luz y a los ruidos, molestias gastrointestinales, problemas de visión y auditivos, adormecimiento de extremidades, calambres, pérdida de cabello y desarrollo de vello finito, enlentecimiento metabólico, disminución de la tolerancia al frío por atermia, cambios cardiológicos, debilidad muscular, deshidratación, entre otros.

Por consecuencia, se puede decir que la ingesta de comida es menor a la necesaria para el funcionamiento general del organismo, es decir, el cuerpo quema más grasas. Así como la privación de alimento es por malos hábitos y lo adictivo es la dieta, no la comida, siendo esta la que conduce a la sintomatología del trastorno (Costin; 2003).

## **2.8 Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios**

Los trastornos de la conducta alimenticia, son problemas multidimensionales, que se encuentran relacionados con otros trastornos psiquiátricos. Este tipo de pacientes, suelen cumplir con los criterios de depresión clínicos y trastorno obsesivo-compulsivo. Este también se presenta en los pacientes que presenten los criterios de la bulimia.

Con frecuencia se diagnostican trastornos de personalidad comórbida a las personas que presentan trastornos de la conducta alimentaria. También puede haber

trastornos de personalidad con los pacientes con trastorno por atracones (Butcher y cols.; 2007).

A continuación se mencionan algunos trastornos relacionados con los trastornos de la alimentación.

- Trastornos de la alimentación en la esquizofrenia: es muy frecuente que se presenten alteraciones alimentarias en la psicosis esquizofrénica. Se dice que para presentarse este trastorno no es un solo factor para que se confluya, sino que se presentan los factores psicológicos, biológicos y sociales, que se ven afectados por los núcleos conflictivos de la anorexia, como el peso, la figura y los pensamientos alterados.
- Trastornos de la alimentación en las depresiones: los trastornos de la alimentación por exceso o por defecto dan resultado a un fenómeno habitual a los trastornos afectivos.
- Trastornos de la alimentación en la manía: aquí se presenta en la segunda fase de la manía, pueden pasar mucho tiempo las personas sin ingerir un solo alimento, o por el contrario ingerir una gran cantidad de comida. En las fases hipomaniacas puede haber una cantidad excesiva de ingesta.

- Trastornos de la alimentación en las fobias: en el caso de las fobias, el sujeto, a partir de una experiencia traumática, desarrolla un cuadro fóbico en el que aparecen conductas de evitación y ansiedad anticipatoria.
- Trastornos de la alimentación en la ansiedad: el trastorno ansioso de presentación aguda, suele causar pérdida de apetito de moderada intensidad, y en el curso cronificado la pérdida es moderada y puede llegar a tener repercusiones significativas.
- Trastornos de la alimentación en el trastorno obsesivo-compulsivo: en esta situación, se puede observar una forma de alimentación lenta, en la que se escogen los alimentos con una especial meticulosidad (Jarne y Talarn; 2000).

## **2.9. Tratamiento de los trastornos alimenticios**

Los tratamientos de los trastornos alimenticios varían según el trastorno presente, aquí se muestra algunas alternativas de tratamiento.

Como primer punto, se muestran las características y modalidades que puede tomar el tratamiento de la anorexia nerviosa.

El tratamiento de la anorexia nerviosa tiene distintos enfoques terapéuticos, el psicoanálisis desempeña un papel importante en la comprensión de los factores

psicológicos. El tratamiento efectivo requiere realizar cambios en diferentes áreas que toman aportes de distintas escuelas que se mencionaran a continuación:

- Pensamiento neosicodinámico: Para Brush (citado por Raush, H. Cecile) el trastorno psicológico se vincula a déficits básicos en el sentido de sí mismo, la identidad y el funcionamiento autónomo. Esta psicoterapia se encamina hacia los antecedentes de la enfermedad que tienen como consecuencia un trastorno del desarrollo.
- Modelo cognitivo-conductual: Este enfoque se relaciona con pensamiento, emoción y comportamiento manifiesto y el tratamiento consiste en hacer que el paciente examine la validez de sus creencias en el presente.
- Terapia conductual. Se basa en el control de un comportamiento observable a través de estímulos que le preceden o le siguen. El tipo de tratamiento utilizado es el condicionamiento operante.
- Modelo sistémico. Se propone la terapia familiar estructural para el tratamiento de la anorexia nerviosa. El objetivo de este tratamiento es modificar la estructura familiar disfuncional que se conforma de todos los miembros.
- Terapia de grupo. Los pacientes con anorexia nerviosa tienen limitaciones en la capacidad de establecer relaciones sociales significativas, que

frecuentemente no pueden ayudarse en grupo, su baja autoestima y la hipersensibilidad que tienen respecto de los comentarios de otros, moviliza la ansiedad en el contexto grupal.

Hay dos tipos de tratamiento, el ambulatorio y el hospitalario, que se definirán enseguida (Rausch, 1996):

- Tratamiento ambulatorio. Consiste en atender al paciente dentro del ambiente familiar, salvo de que el paciente tenga algún riesgo clínico o la familia no esté en condiciones de apoyar personalmente el tratamiento. La internación ayuda a romper con este círculo, ya que es el último recurso.
- Tratamiento hospitalario. Como ya se mencionó, esta debe ser editada, no solamente por un criterio sanitario, para evitar un gasto, sino porque es menor la recuperación de peso en la mayoría de los pacientes.

Por otra parte, el tratamiento en la bulimia nerviosa debe considerar objetivos suficientemente definidos, los cuales enseguida se presentan:

1. Restablecer las pautas nutricionales normales.
2. Recuperación física. Estabilización del peso, rehidratación y normalización electrolítica, corrección de anomalías físicas.

3. Normalización del estado mental: mejorar el estado de ánimo, tratar posibles trastornos de la personalidad, evitar abusos de sustancias y corregir el estilo cognitivo erróneo.
4. Restablecer relaciones familiares adecuadas: aumentar la participación, la comunicación, restablecer las pautas y los roles y escapar de los sentimientos de fracaso.
5. Corregir las pautas de interacción social alteradas: aceptar el trastorno, afrontar los fracasos, aceptar la responsabilidad, vencer la impotencia y no buscar marcos sociales denigrantes. (Rausch, 1996).

En este capítulo se pudo observar que los trastornos alimentarios tienen un origen multicausal, esto es, no existe un factor que pueda, sin influencia de otros, desencadenar una perturbación de ese tipo. En el mismo sentido, su tratamiento debe ser integral y coordinado para que tenga un resultado favorable.

Con estas consideraciones concluye el marco teórico y se da paso al proceso de recolección y tratamiento de datos, que se explicará en el capítulo siguiente.

## **CAPÍTULO 3**

### **METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

Este capítulo está dividido en dos partes, la descripción de las características metodológicas del plan seguido, y la interpretación de los resultados obtenidos tras la recolección de datos. Enseguida se desarrollará cada área.

#### **3.1. Descripción metodológica**

Hay dos tipos de enfoques, el cuantitativo y el cualitativo, ambos aplican procesos cuidadosos, metódicos y empíricos en su esfuerzo para generar conocimiento, utilizando cinco fases relacionadas entre sí, que se muestran a continuación:

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

### **3.1.1. Enfoque cuantitativo**

El presente estudio se sustentó en el enfoque cuantitativo, ya que es secuencial y probatorio, del cual se tomaron las siguientes características como referencia:

1. El investigador o investigadora plantea un problema de estudio delimitado y concreto. Sus preguntas de investigación son específicas.
2. Las hipótesis se generan antes de recolectar y analizar los datos.
3. La recolección de datos se fundamenta en la medición, se miden las variables o conceptos contenidos en las hipótesis.
4. El producto de las mediciones se representa mediante números y se analizan mediante métodos estadísticos.
5. Los análisis cuantitativos se interpretan a la luz de las predicciones iniciales y de estudios previos.
6. La investigación cuantitativa es lo más objetiva siempre. Los fenómenos que se observan y/o miden no deben ser afectados por el investigador.
7. Los estudios cuantitativos siguen un patrón predecible y estructurado, que debe tenerse presente en las decisiones críticas que afectan la indagación, antes de recolectar los datos.
8. Con los estudios cuantitativos se intenta explicar y predecir los fenómenos investigados, buscando regularidades y relaciones causales entre los elementos.

9. En este enfoque, si se sigue rigurosamente el proceso, y de acuerdo con ciertas reglas lógicas, los datos generados poseen estándares de validez y confiabilidad, y las conclusiones adquiridas contribuirán a la generación de conocimiento (Hernández y cols.; 2010).

### **3.1.2 Investigación no experimental**

Es una modalidad de investigación que se realiza sin manipular deliberadamente las variables. Se trata de estudios donde no se puede hacer variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables. En la investigación no experimental la tarea consiste en observar los fenómenos tal como se presentan en su contexto natural, para posteriormente analizarlos.

En un estudio no experimental, no se genera ninguna situación, sino que se observan las circunstancias ya existentes, no alteradas intencionalmente en la investigación por quien la realiza. En la investigación no experimental, no se tiene control de las variables, ocurren independientemente y no es posible manipularlas, es decir, no se tiene control directo, ni se puede influir sobre ellas, porque ya sucedieron, al igual que sus efectos (Hernández y cols.; 2010).

Los diseños no experimentales se clasifican de diferente manera: por su dimensión temporal o el número de momentos o puntos de tiempo, para recolectar datos.

Los diseños no experimentales se clasifican en transeccionales y longitudinales.

### **3.1.3 Diseño transversal**

Como ya se mencionó, en el apartado anterior, el diseño transeccional o transversal, se desarrolla bajo la modalidad no experimental. Este diseño se encarga de recolectar datos en un solo momento, y en un tiempo único. El propósito de esta, es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández y cols.; 2010).

Los diseños transeccionales pueden abarcar varios grupos, o subgrupos de personas, objetos o indicadores, así como diferentes comunidades, situaciones o eventos. Se dividen en tres: exploratorios, descriptivos y correlacionales-causales, que para esta investigación se utilizó el correlacional, que se explicará en el siguiente apartado.

### **3.1.4 Alcance correlacional**

Los estudios correlacionales se encargan de responder las preguntas de investigación tendientes a establecer una relación estadística entre variables.

El propósito del alcance correlacional radica en conocer el grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto especial.

El estudio correlacional evalúa el grado de asociación entre dos o más variables, para ello, se mide cada una y después se cuantifica y analiza su vinculación. Estas correlaciones se basan en hipótesis sometidas a prueba.

La utilidad primordial de los estudios correlacionales, es saber cómo se pueden comportar las variables de investigación, que son la relación que surge del nivel de autoestima con los trastornos alimenticios dentro de un grupo de control.

### **3.1.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Para esta investigación se utilizaron dos pruebas, una para medir los trastornos de la conducta alimentaria, llamada escala EDI-2, (Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria), y para medir la autoestima, el Test de autoestima escolar (TAE-ALUMNO), las cuales se describirán a continuación.

El inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2), fue elaborado por David M. Garner en 1998.

El EDI-2 está estandarizado para personas con una edad de 11 años en adelante. Para el proceso de estandarización de la prueba se realizaron varios

procesos en distintos grupos, tanto en individuos con bulimia y anorexia nerviosa como en personas que no padecen estos trastornos alimentarios. En la investigación se utilizó el baremo obtenido en la aplicación a hombres y mujeres adolescentes sin trastornos de la conducta alimentaria.

El EDI-2 cuenta con una confiabilidad de 0.83, calculando por la prueba conocida como alfa de Cronbach y validez de contenido concurrente, de criterio, así como de constructo.

Finalmente, esta prueba cuenta con once escalas, las cuales son: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social.

Por otro lado, se encuentra el Test de Autoestima Escolar (TAE-ALUMNO), que evalúa la autoestima de los alumnos de educación general básica vía autopercepción.

El TAE-ALUMNO es un test de *screening* o tamizaje, es decir, es una evaluación gruesa que permite conocer el nivel de autoestima general de niños de 8 a 13 años en relación con una norma estadística establecida por curso y por edad, y determinar si este rendimiento es normal o está por debajo de lo esperado.

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

El test se compone por 223 afirmaciones frente a cada una de las cuales el niño debe contestar SÍ o NO.

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

El test puede ser administrado en forma individual o en forma colectiva a grupos máximos de 12 niños. El tiempo de administración del instrumento puede variar, según la edad del niño y el grado de dominio lector que tenga, entre 15 y 25 minutos.

El TAE-ALUMNO es un test estandarizado en Chile, que tiene normas elaboradas en puntajes T por curso y por edad de 8 a 13 años.

El test permite ubicar el nivel de autoestima del niño en categorías que tienen relación con los puntajes T: normalidad, baja autoestima y muy baja autoestima.

En cuanto a sus propiedades psicométricas, el TAE tiene un nivel de confiabilidad de 0.95 obtenido mediante el análisis de consistencia interna a través del alfa de Cronbach. Asimismo, se hizo una evaluación de la validez concurrente del instrumento, obteniendo resultados satisfactorios.

El TAE-ALUMNO fue estandarizado en 1997 seleccionando una muestra de elección razonada, de proporción fija, de 2088 niños, estratificada por curso, sexo y nivel socioeconómico.

### **3.2. Descripción de la población y muestra**

Se comenzará definiendo los términos de población y muestra, para enseguida delimitar la población y muestra utilizadas en la investigación.

#### **3.2.1. Delimitación y descripción de la población**

Hernández y cols. (2010) retomando a Selltiz, definen como población al conjunto de todos los casos que concuerdan una serie de especificaciones.

Las características de las poblaciones deben ser claras en torno a su contenido, lugar y tiempo. La delimitación de las características de las poblaciones, no solo depende de los objetivos de la investigación, sino de otras razones prácticas.

La población utilizada para esta investigación fue delimitada en niños de entre nueve y trece años de edad, que cursaran quinto o sexto año de primaria, no importando el género. Se utilizó como referencia la Escuela Primaria Federal Josefa Ortiz de Domínguez, del turno matutino, en la ciudad de Uruapan, Michoacán.

### **3.2.2. Descripción del proceso de muestreo**

Por otro lado, al hablar sobre la muestra, se dice que simplemente es un subgrupo de la población. Es un subconjunto de elementos, definido en sus características, al que se llama población. Las muestras bajo el enfoque cuantitativo deben ser representativas. Hay dos tipos de muestra, las probabilísticas y las no probabilísticas.

Las muestras probabilísticas, tienen todos los elementos la misma posibilidad de ser escogidos y se obtienen definiendo las características de la población y el tamaño de la muestra y por medio de una selección aleatoria o mecánica de las unidades de análisis. En las muestras no probabilísticas, la elección de elementos no depende de la probabilidad, sino de sus causas relacionadas con las características de la investigación o de quien hace la muestra.

Para esta investigación se utilizó la muestra no probabilística, ya que la muestra se tomó de acuerdo con las características de las necesidades de la investigación, y se eligió una muestra significativa de la población de estudio de forma aleatoria.

### **3.3. Descripción del proceso de investigación**

La investigación surgió a partir de la duda respecto a si existe relación entre el nivel de autoestima y el grado en que se presentan los indicadores psicológicos de trastornos alimentarios en niños.

Los aspectos planteados en esta investigación estuvieron basados en investigaciones presentadas en los antecedentes del presente trabajo, con un objetivo general que consistió en determinar la relación que existe entre el nivel de autoestima y el grado en que se presentan los indicadores psicológicos de trastornos alimenticios.

El marco teórico fue realizado en función de dos variables: autoestima y trastornos alimenticios, los cuales fueron definidos a profundidad, como sus causas, niveles y tratamiento, entre otros rubros.

Se elaboraron tres capítulos, dos teóricos y uno de la metodología de investigación, así como su análisis e interpretación de resultados, incluyendo conclusiones.

Se reporta que la forma de aplicación de la prueba fue controlada, se administró a grupos de 30 niños, ante lo cual se recibió apoyo por parte de los docentes y del director de la escuela, para mantener la calma en ellos, y no se viera afectada por comportamientos exagerados de los educandos.

Las pruebas que se utilizaron para la investigación fueron: la TAE-alumno, para medir el nivel de autoestima y EDI 2, para los indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios; la recolección de los datos se llevó a cabo los días, tres y cuatro de abril del dos mil catorce, en las instalaciones de la Escuela Primaria Federal Josefa Ortiz De Domínguez, de la ciudad de Uruapan, Michoacán, en el turno matutino.

La aplicación fue en grupos de 30 niños, se contó con el control de la investigadora, la cual dictó instrucciones, al igual que ítems, para aclarar dudas al instante por los niños, también se contó con la ayuda de control de grupos, por parte tanto del maestro encargado de salón, como la del director.

La aplicación comenzó por los grupos de sexto grado, los cuales son dos, y al día siguiente, fue en los de quinto grado, siendo también dos. Se reunió un total de cien niños como prueba de estudio, en el cual se observó mucho interés por las pruebas aplicadas.

Las pruebas fueron cuantificadas por medio de plantillas de calificación, lo cual se obtuvo un puntaje bruto, que luego se transformó puntaje T, para después establecer las medidas estadísticas correspondientes para obtener los datos exactos que llevan a responder la pregunta de investigación.

La forma en que se procedió a la calificación de las pruebas fue a través de plantillas de calificación, que arrojaban puntajes brutos, para después convertirlos en

percentiles, que después se pasaron a Excel, en donde se hicieron gráficas de representación de los resultados globales de las pruebas. Después se hizo un análisis e interpretación de los datos arrojados.

### **3.4 Análisis e interpretación de resultados.**

En el presente apartado se examinan los resultados obtenidos tras la aplicación de los instrumentos ya descritos. Para su mejor comprensión, los resultados se agrupan en tres categorías: nivel de autoestima, indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios y, finalmente, la relación estadística entre estas dos variables. A continuación se explica cada categoría.

#### **3.4.1 Nivel de autoestima en los alumnos de la Escuela Primaria Josefa Ortiz de Domínguez**

Se afirma que la autoestima “es el juicio personal de valía, que es expresado en las actitudes que el individuo toma hacia sí mismo. Es una experiencia subjetiva que se transmite a los demás por reportes verbales o conducta manifiesta” (Coopersmith, referido por Crozier; 2001: 205).

La autoestima nace de todas las experiencias positivas de la vida, la autoestima baja proviene de situaciones negativas y de experiencias, como la de padres imponentes (Euroméxico; 2005).

Respecto a los resultados obtenidos a partir de la aplicación del Test de Autoestima Escolar (TAE) se muestran a continuación en puntajes T.

La media fue de 53. La media es la suma de un conjunto de datos, dividida entre el número de medidas (Elorza; 2007).

De igual modo, se obtuvo la mediana, que es el valor medio de un conjunto de valores ordenados. Este valor fue de 52 (Elorza; 2007).

De acuerdo con este mismo autor, la moda es la medida que ocurre con más frecuencia en un conjunto de observaciones. En cuanto esta escala, la moda fue de 81.

También se obtuvo el valor de una medida de dispersión, específicamente de la desviación estándar, la cual es la raíz cuadrada de la suma de las desviaciones al cuadrado de una población, dividida entre el total de observaciones (Elorza; 2007). El valor obtenido es de 14.

A partir de los resultados obtenidos mediante la aplicación del instrumento, se puede interpretar que el nivel de autoestima en la población de estudio se encuentra dentro de lo normal. Estos resultados se pueden observar en la gráfica del anexo 1.

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

El resultado obtenido en porcentaje es de 21%, de sujetos preocupantes, por lo tanto es porcentaje es considerado como bajo y no tan preocupante. Los resultados mencionados anteriormente se muestran en el anexo 2.

### **3.4.2. Indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios en la población de estudio.**

De acuerdo por lo señalado de la APA (2002), los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones en la conducta alimentaria graves. La anorexia nerviosa se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los parámetros mínimos. La bulimia se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad, seguidos por conductas compensatorias inapropiadas que incluyen al vómito provocado, al uso excesivo de laxantes y diuréticos u otros medicamentos

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.

En la escala de obsesión por la delgadez se obtuvo una media de 57, una mediana de 47, una moda de 41 y desviación estándar de 19.

En la escala de insatisfacción corporal se obtuvo una media de 56, una mediana de 47, una moda de 75 y desviación estándar de 23.

En la escala de ineficacia se obtuvo una media de 66, una mediana de 70, una moda de 55 y desviación estándar de 23.

En la escala de perfeccionismo se obtuvo una media de 71, una mediana de 76, una moda de 76 y desviación estándar de 25.

En la escala de desconfianza interpersonal se obtuvo una media de 67, una mediana de 70, una moda de 57 y desviación estándar de 22.

En la escala de conciencia interoceptiva se obtuvo una media de 61, una mediana de 66, una moda de 66 y desviación estándar de 28.

En la escala de miedo a la madurez se obtuvo una media de 78, una mediana de 84, una moda de 99 y desviación estándar de 20.

En la escala de ascetismo se obtuvo una media de 68, una mediana de 73, una moda de 73 y desviación estándar de 24.

En la escala de impulsividad se obtuvo una media de 69, una mediana de 71, una moda de 99 y desviación estándar de 24.

En la escala de inseguridad social se obtuvo una media de 71, una mediana de 78, una moda de 85 y desviación estándar de 21.

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

Además de presentar los datos de las medidas de tendencia central y 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 ubicarán las escalas en las que hay mayor incidencia de casos preocupantes sobre el problema de trastornos alimenticios.

En la escala de obsesión por la delgadez, el 42% de sujetos se encuentra por arriba del percentil 70; en la escala de bulimia, el porcentaje fue de 24%; en la de insatisfacción corporal, el 30%; en la de ineficacia 47%; en la de perfeccionismo, el 54%; en la que respecta a la desconfianza interpersonal, 50%; en la de conciencia introceptiva, 40%; respecto a la de miedo a la madurez, 72%; en la de ascetismo, 54%; en la de impulsividad, 54% y finalmente, en la escala de inseguridad social, el 57%.

En función de los datos anteriores, se puede afirmar que los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en esta muestra, se encuentran puntajes con tendencia alta, incluso en algunas escalas la media aritmética se ubica por encima del percentil 70.

### **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, que es significativa de acuerdo con la investigación de Moreno y Ortiz (2009) y la de Valenzuela (2013). En el primer caso se obtuvo como resultado el riesgo de trastorno alimentario en el 4% de los hombres y el 12% de las mujeres, así como la patología ya instalada en un 10% en ambos sexos. Y en cuanto a la autoestima, los casos se concentraron más en el nivel medio en ambos sexos y ambos coinciden en un 10% de los mismos, en los niveles bajos (Moreno y Ortiz; 2009).

En la investigación realizada de la Escuela Primaria Federal Josefa Ortiz de Domínguez, se encontraron los siguientes resultados:

Entre el nivel de autoestima y la escala obsesión por la delgadez existe un coeficiente de correlación 0.01 de acuerdo con la clasificación de correlación que hace Hernández y cols. (2010).

Esto significa que entre el nivel de autoestima y la escala de obsesión existe una ausencia de correlación de acuerdo con la prueba “r” de Pearson.

Para obtener la influencia que existe entre el nivel de autoestima y la escala de obsesión, se obtuvo una 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 solo 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 0.00, lo que significa que entre la autoestima y la obsesión no hay relación.

Por otra parte, entre el nivel de autoestima y la escala de bulimia existe un coeficiente de correlación -0.16 de acuerdo con la clasificación de correlación que proponen Hernández y cols. (2010). Esto significa que entre dichos atributos existe una correlación negativa débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.03, lo que significa que entre la autoestima y la bulimia hay una relación del 3%.

Por otra parte, entre el nivel de autoestima y la escala de insatisfacción corporal existe un coeficiente de correlación -0.24, de acuerdo con la clasificación de correlación que proponen Hernández y cols. (2010). Esto significa que entre la autoestima y la variable mencionada, 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 insatisfacción corporal hay una relación del 6%.

Por otra parte, entre el nivel de autoestima y la escala de ineficacia existe un coeficiente de correlación  $-0.34$  de acuerdo con la clasificación de correlación que proponen Hernández y cols. (2010). Esto significa que entre dichos atributos existe una correlación negativa débil.

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

Por otra parte, entre el nivel de autoestima y la escala de perfeccionismo existe un coeficiente de correlación  $0.04$  según la clasificación de correlación que proponen Hernández y cols. (2010). Esto significa que entre la autoestima y la variable en cuestión, existe una ausencia de correlación.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de  $0.00$ , lo que significa que entre la autoestima y el perfeccionismo hay una relación del  $0\%$ .

Por otra parte, entre el nivel de autoestima y la escala de desconfianza interpersonal existe un coeficiente de correlación  $-0.08$ . Esto significa que entre estas características existe una ausencia de correlación.

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

Por otra parte, entre el nivel de autoestima y la escala de conciencia interoceptiva existe un coeficiente de correlación -0.23. Esto significa que entre la autoestima y la variable mencionada 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 conciencia interoceptiva hay una relación del 5%.

Por otra parte, entre el nivel de autoestima y la escala de miedo a la madurez existe un coeficiente de correlación 0.09, de acuerdo con la clasificación de correlación que proponen Hernández y cols. (2010). Esto significa que entre dichas variables existe una ausencia de correlación.

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

Por otra parte, entre el nivel de autoestima y la escala de ascetismo existe un coeficiente de correlación -0.30. Esto implica que entre la autoestima y el ascetismo existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.09, lo que significa que entre la autoestima y el ascetismo hay una relación del 9%.

Por otra parte, entre el nivel de autoestima y la escala de impulsividad existe un coeficiente de correlación -0.45 con base en la clasificación de correlación que

proponen Hernández y cols. (2010). Esto significa que entre la autoestima y la variable referida existe una correlación negativa media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.21, lo que significa que entre la autoestima y la impulsividad hay una relación del 21%.

Por otra parte, entre el nivel de autoestima y la escala de inseguridad social existe un coeficiente de correlación -0.45 a partir de la clasificación de correlación que proponen Hernández y cols. (2010). Esto significa que entre estos atributos existe una correlación negativa media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.20, lo que significa que entre la autoestima y la inseguridad social hay una relación del 20%.

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

En función de lo anterior se puede afirmar que el nivel de autoestima se relaciona de forma significativa con las escalas de ineficacia, 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, bulimia, insatisfacción

corporal, perfeccionismo, conciencia interoceptiva, ascetismo, miedo a la madurez y desconfianza interpersonal.

En función de los resultados presentados, se confirma la hipótesis de trabajo, que afirma que existe una relación significativa entre el nivel de autoestima y el grado en que se presentan los indicadores psicológicos de trastornos alimentarios en niños de la Escuela Primaria Josefa Ortiz de Domínguez, del turno matutino, para las escalas de ineficacia, impulsividad e inseguridad social.

Asimismo, se confirma para la hipótesis nula para las escalas de obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, perfeccionismo, conciencia interoceptiva, ascetismo, miedo a la madurez y desconfianza interpersonal.

## CONCLUSIONES

En este último apartado se da cuenta de la manera en que se cumplieron los objetivos de investigación.

Los objetivos particulares que proponen la conceptualización y descripción de las variables de estudio, fueron plenamente cubiertos en el marco teórico del presente estudio, en los capítulos 1 y 2.

Adicionalmente el objetivo referido a la medición del trabajo de campo realizado en la escuela primaria federal Josefa Ortiz de Domínguez, del turno matutino, sobre la presencia de la autoestima en la muestra de la población indagada mediante instrumentos reconocidos por la comunidad científica, se cumplió en términos satisfactorios y de ellos se da cuenta en el capítulo número 3; a su vez, la segunda variable del presente estudio fue medida en campo de manera objetiva y los resultados se exponen, analizan e interpretan en el capítulo número 3.

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

Como hallazgos relevantes, se puede decir que en la muestra de la cual se obtuvo la información analizada e interpretada que en cuanto al fenómeno de autoestima, el 21% de sujetos tiene niveles preocupantes en lo que se refiere a la variable de trastornos alimenticios, si bien se encontraron datos que revelan poca correlación.

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

Con el presente estudio se abona en el avance de la ciencia para ayudar a entender la relación entre la autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, que a mayor nivel de autoestima, menor presencia de trastornos alimenticios.

Se sugiere un plan de intervención para prevenir los trastornos alimentarios, puesto que se aprecian algunos indicadores preocupantes en esta muestra.

## BIBLIOGRAFÍA

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

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

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

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

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

Branden, Nathaniel. (2011)  
Los seis pilares de autoestima.  
Editorial Paidós Mexicana. Distrito Federal, México.

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

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

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

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

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

- 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.
- Euroméxico. (2005)  
¡Auxilio! ¿Qué hago con mis hijos...o con mis alumnos?  
Editorial Euroméxico. México.
- Garner, David M. (1998)  
Inventario de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2).  
TEA Ediciones. Madrid.
- González-Arratia López Fuentes, Norma Ivonne (2001)  
Autoestima: medición y estrategias de intervención a través de una experiencia en la  
reconstrucción del ser  
Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México.
- Hernández Sampieri, Roberto; Fernández-Collado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar.  
(2010).  
Metodología de la investigación.  
Editorial McGraw-Hill. México.
- Jarne, Adolfo; Talarn, Antoni. (2000)  
Manual de psicopatología clínica.  
Editorial Paidós Ibérica. Buenos Aires.
- Jiménez H., Manuel. (1997)  
Psicopatología infantil.  
Editorial Aljibe. Granada.
- Lamb, Charles W.; Hair, Joseph F. Jr.; McDaniel, Karl. (2011)  
Marketing.  
Editorial Edamsa. México.
- Marchant O., Teresa; Haeussler P. de A., Isabel Margarita; Torretti Hoppe, Alejandra.  
(2005)  
TAE: batería de tests de autoestima escolar  
Ediciones Universidad Católica de Chile, Santiago.
- Ogden, Jane. (2005)  
Psicología de la alimentación.  
Ediciones Morata. España.

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

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

## MESOGRAFÍA

Brinkmann, H.; Segure, T.; Solar, M.I. (1989)

“Inventario de autoestima de Coopersmith, concepto de confiabilidad y validez”.

Revista Chilena de Psicología.

[http://www2.udec.cl/~hbrinkma/articulo\\_coopersmith.pdf](http://www2.udec.cl/~hbrinkma/articulo_coopersmith.pdf)

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

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

Revista Terapia Psicológica. 2009, Vol. 27, N°2, 181-190.

Universidad Veracruzana, México.

[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082009000200004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082009000200004&script=sci_arttext)

Sin Autor. (2009)

“Escala de autoestima de Rosenberg – RSES”

The Rosenberg Self-Esteem Scale Translation and Validation in University Students.

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

Thomas, Ulises. (2011).

“TAE-Batería de Test de Autoestima Escolar”

El Psicoasesor.

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

Zagalaz Sánchez, Ma. Luisa; Romero Granados, Santiago; Contreras Jordán, Onofre R. (2002).

“La anorexia nerviosa como distorsión de la imagen corporal. Programa de prevención desde la educación física escolar en la provincia de Jaén”

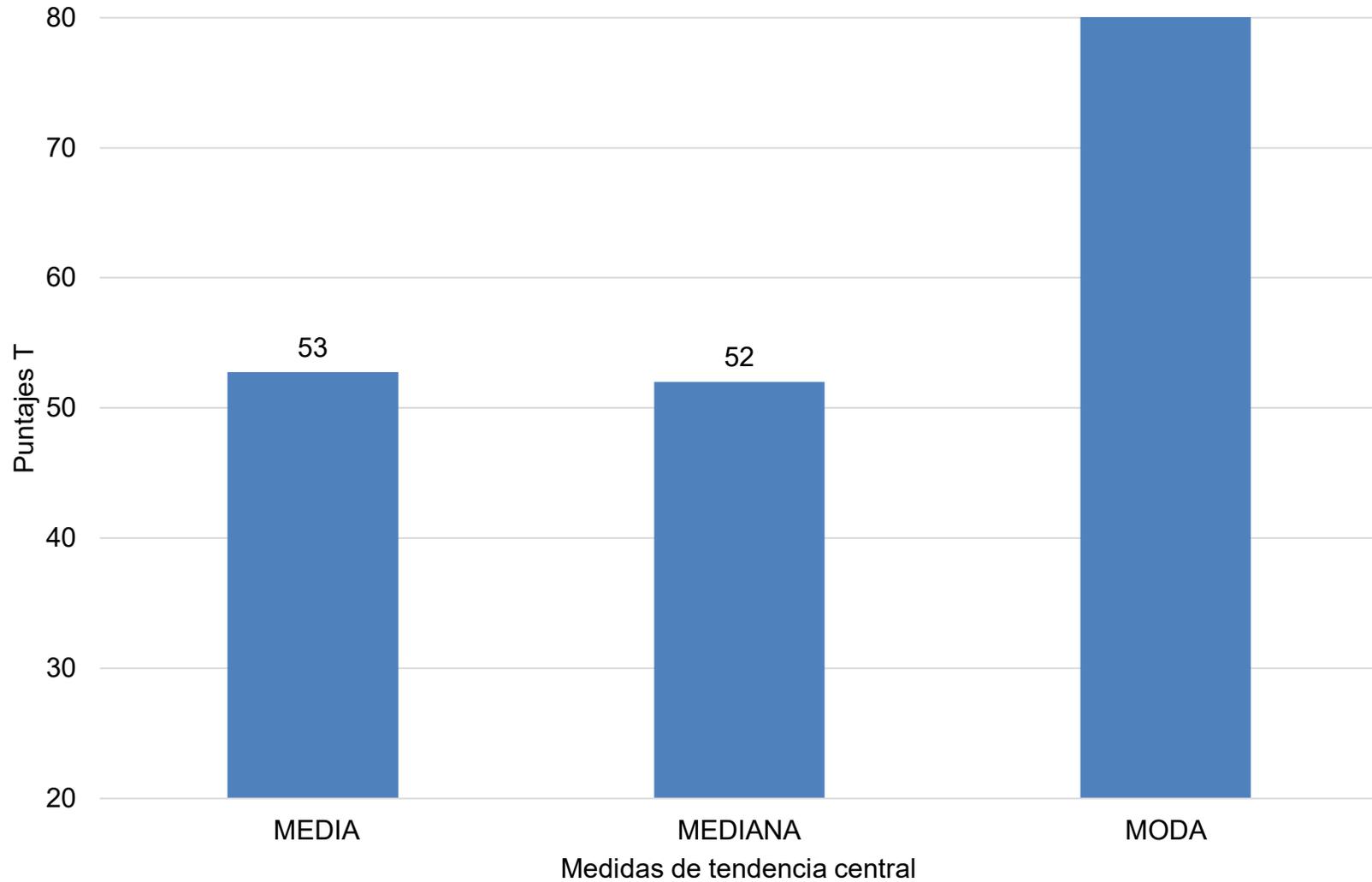
OEI-Revista Iberoamericana de Educación (ISSN: 1681-5653).

Universidad de Castilla-La Mancha, España.

<http://www.rieoei.org/deloslectores/343Zagalaz.pdf>

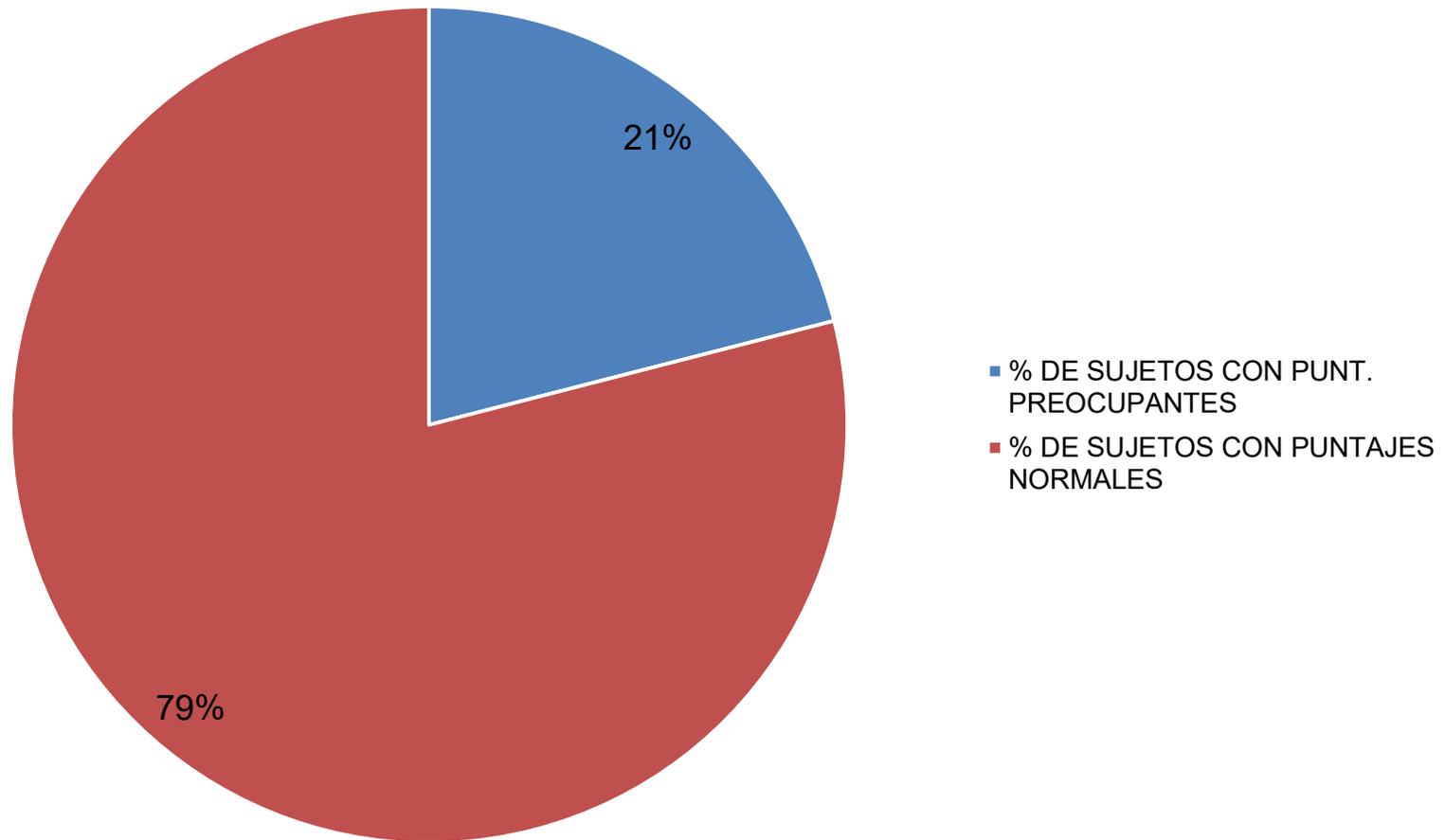
# ANEXO 1

## Medidas de tendencia central de la autoestima



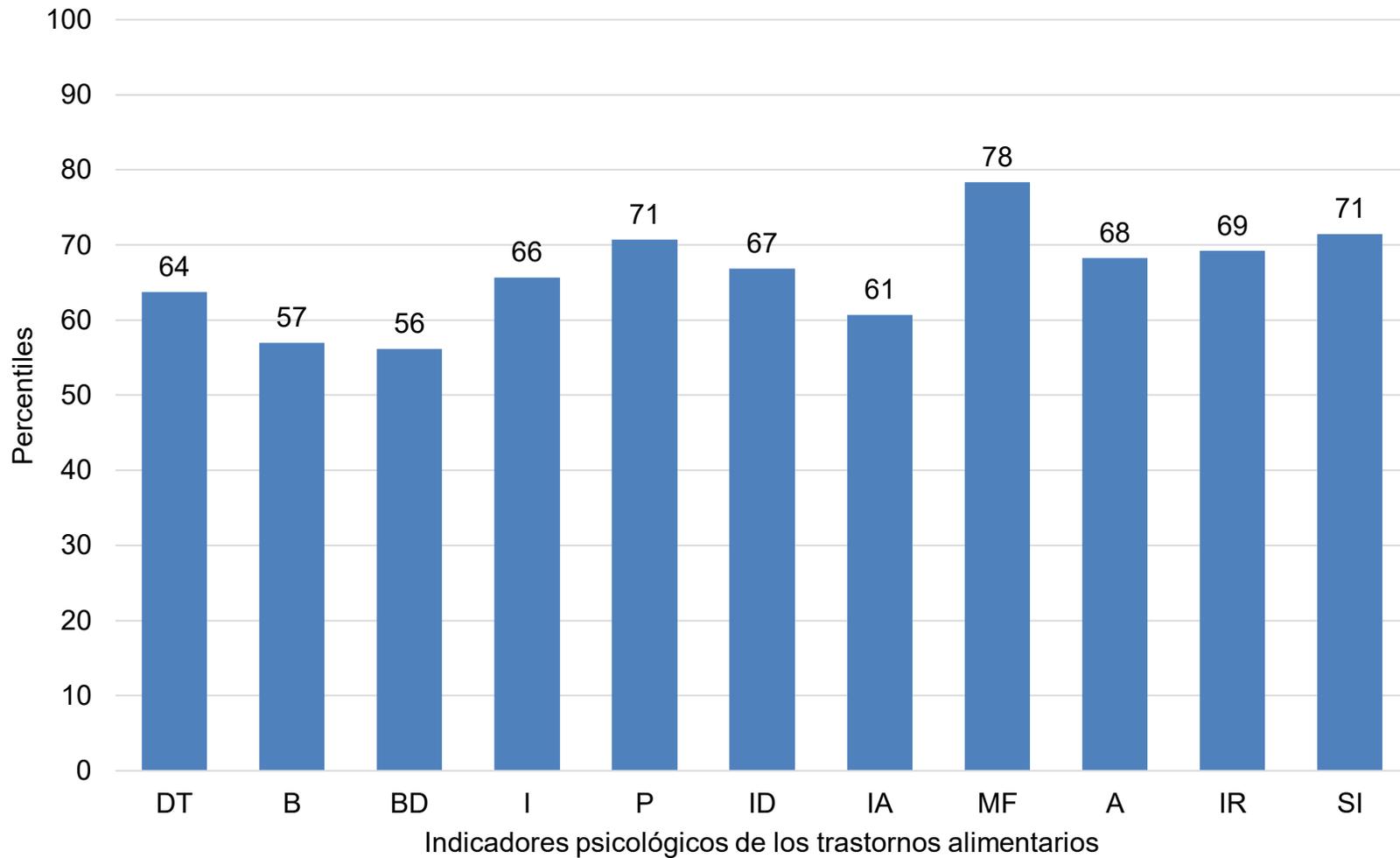
## ANEXO 2

### Sujetos con puntajes preocupantes en la autoestima



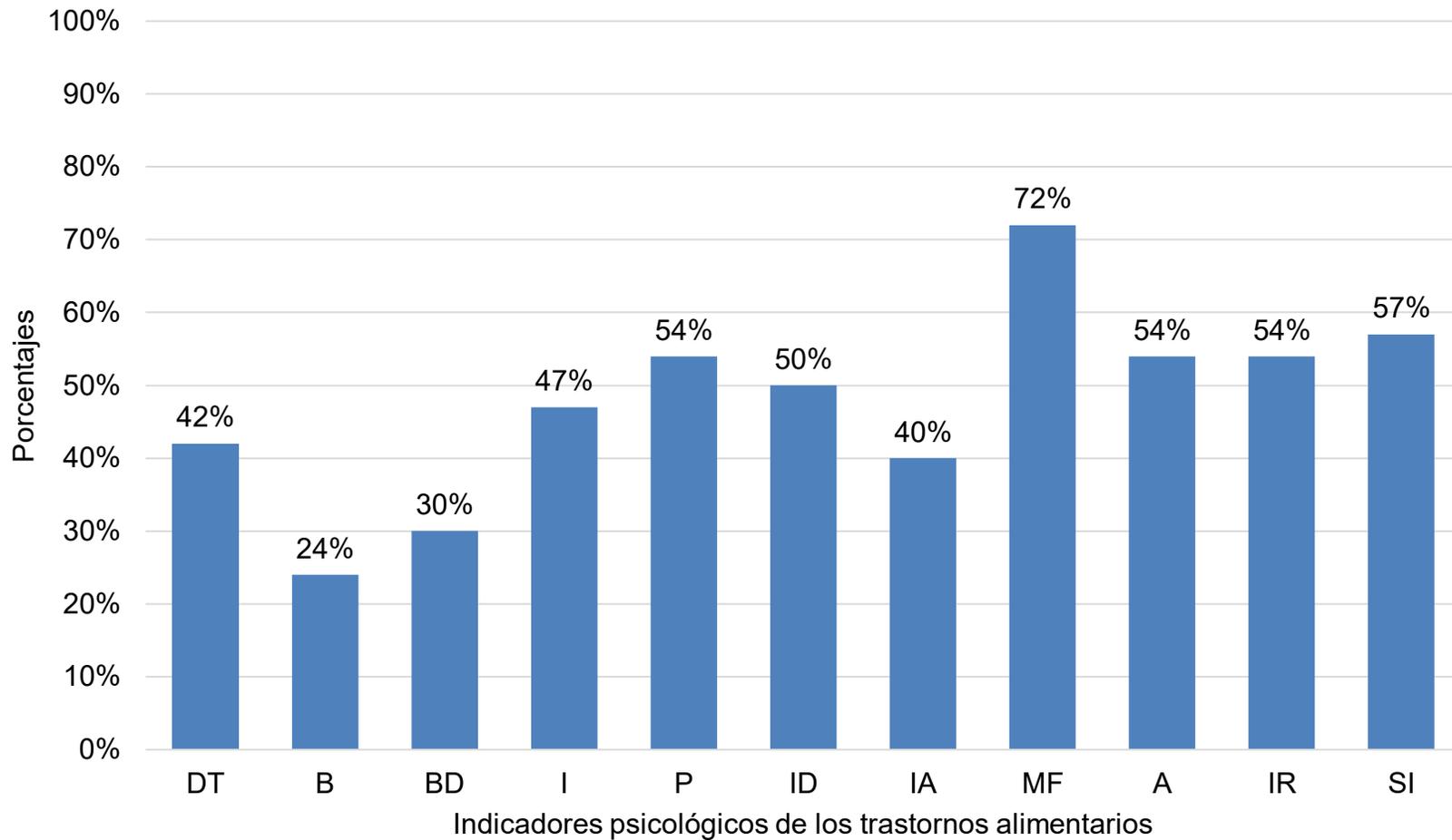
### ANEXO 3

## Media aritmética de los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios



## ANEXO 4

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



## ANEXO 5

### Correlación entre el nivel de autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios

