



**UNIVERSIDAD
DON VASCO**

UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

INCORPORACIÓN NO. 8727-25 A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

*RELACIÓN ENTRE LA AUTOESTIMA Y LOS FACTORES
ALIMENTARIOS EN ADOLESCENTES DE SECUNDARIA DE
URUAPAN, MICHOACÁN.*

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Ana Itzuri Huerta Ramírez

Asesor: Lic. Héctor Raúl Zalapa Ríos

Uruapan, Michoacán. 13 de Abril de 2018.



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.....	3
Objetivos.....	5
Hipótesis.....	6
Operacionalización de las variables.....	7
Justificación.....	8
Marco de referencia.....	9

Capítulo 1 Autoestima.

1.1 Conceptualización de autoestima.....	11
1.2 Diferencias entre autoconcepto y autoestima.....	14
1.3 Origen y desarrollo de la autoestima.....	17
1.4 Componentes de la autoestima.....	23
1.5 Pilares de la autoestima.....	30
1.6 Niveles y medición de la autoestima.....	33
1.7 Alternativas de intervención en la autoestima.....	36

Capítulo 2: Trastornos de alimentación.

2.1 Antecedentes históricos de la alimentación.....	40
2.2 Definición y características clínicas de los trastornos alimentarios.....	42
2.2.1 Anorexia nerviosa.....	42

2.2.2 Bulimia nerviosa.....	44
2.2.3 Obesidad.....	46
2.2.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.....	47
2.2.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas.....	47
2.2.6 Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia.....	48
2.3 Esfera oroalimenticia en el infante.....	51
2.3.1 Organización oroalimenticia.....	51
2.3.2 Alteraciones en la esfera oroalimenticia.....	53
2.4 Perfil de la persona con trastornos de alimentación.....	54
2.5 Causas del trastorno alimenticio.....	56
2.5.1 Factores predisponentes individuales.....	58
2.5.2 Factores predisponentes familiares.....	60
2.5.3 Factores socioculturales.....	62
2.6 Percepción del cuerpo en el trastorno alimentario.....	64
2.7 Factores que mantienen los trastornos alimentario.....	67
2.8 Trastornos mentales asociados a los trastornos alimentarios.....	69
2.9 Tratamiento de los trastornos alimentarios.....	71

Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados.

3.1 Descripción metodológica.....	75
3.1.1 Enfoque cuantitativo.....	76
3.1.2 Investigación no experimental.....	78
3.1.3 Diseño trasversal.....	79
3.1.4 Alcance correlacional.....	80

3.1.5 Técnicas de recopilación de datos.....	82
3.2 Descripción de la población y muestra.....	85
3.3 Descripción del proceso de investigación.....	86
3.4 Análisis e interpretación de resultados.....	90
3.4.1 La autoestima en los alumnos del Instituto Arquímedes.....	90
3.4.2 Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.....	93
3.4.3 Relación entre el nivel de autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.....	95
Conclusiones.....	100
Bibliografía.....	102
Mesografía.....	105
Anexos.	

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo se analiza la relación entre la autoestima y los trastornos alimentarios, en una escuela privada. Para tal fin, se presentan enseguida los elementos necesarios para una comprensión global de la realidad investigada.

Antecedentes

Según Acosta y Alfonso (2004), el término autoestima es considerado como un sentimiento valorativo de la persona misma, de quien es, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran al sujeto y su personalidad en los niveles: ideológico, psicológico, social y económico.

La autoestima es inherente a todos los seres humanos, es un producto social que se desarrolla en la interacción hombre-mundo, en el proceso de la actividad y la experiencia social, ya que canaliza la actividad del cuerpo y la mente de todas las personas.

Por otra parte, los trastornos en la conducta alimentaria constituyen un problema de salud por su creciente incidencia, gravedad de la sintomatología asociada, resistencia al tratamiento y porque se presentan en edades más tempranas (Moreno y Ortiz; 2009).

Como mencionan Zagalaz y cols. (2002), los llamados comúnmente trastornos de la alimentación son de hecho trastornos de la conducta, que se tienen en relación con la alimentación y que se conocen también como desórdenes o trastornos del comer, de la ingesta, alimenticios o de la conducta alimentaria. Entre dichos trastornos, los más importantes, por la gravedad que conllevan, son la anorexia y la bulimia nerviosa, conocidos medicamenten como trastornos alimentarios no específicos (TANE). A estos dos últimos se suma, por su relación con la actividad física, la patología que se denomina vigorexia.

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

En cuanto al escenario de estudio, se realizó una entrevista con la directora de la secundaria del Instituto Arquímedes, la cual expresó que dentro de su institución se ha venido observando en los alumnos una falta de criterio para identificar acciones nocivas, sensación de rechazo familiar y social, así como una distorsión de la autoimagen, presentando también una notable ignorancia de las consecuencias de salud que tienen sus acciones.

Planteamiento del problema

En México existe una gran problemática acerca de los trastornos alimentarios en los adolescentes, entre los más conocidos la anorexia y la bulimia. Es alarmante el modo en que la distorsión de la autoimagen se presenta cotidianamente en los jóvenes.

En la mayoría de las ocasiones esto es causado por diversos factores ambientales como: la familia, la sociedad y los medios de comunicación, principalmente el Internet, dado que a través de las redes sociales es posible mantener una cercanía entre las diversas culturas que existen en el mundo, provocando con ello que la comunidad juvenil trate de parecerse a un estereotipo o personas que muchas veces están fuera de su alcance, por diversos factores como la propia genética y rasgos físicos que cambian de un país a otro, provocando con ello dificultades en su autoestima.

Al no alcanzar la finalidad esperada, los adolescentes, con el fin de tratar de agradar a los demás, se causan daño a sí mismos. No se puede dejar de lado que en la etapa de la adolescencia, los jóvenes pasan por cambios físicos y hormonales que hacen que su autoestima esté en un constante cambio en busca de una identidad propia.

Gran parte de los padres de familia y los mismos jóvenes desconocen las consecuencias de salud que tienen sus acciones, al tratar de conseguir un estereotipo erróneo del cuerpo humano.

Se desconoce cuántos jóvenes pueden estar padeciendo un trastorno alimentario, puesto que a esa edad son poco comunicativos, suelen ocultar sus sentimientos y no piden ayuda. La mayoría de los padres de familia tienen poca información sobre la alimentación sana, provocando que no sepan orientar e incluso alimentar adecuadamente a sus hijos. Tampoco se cuenta con suficiente información sobre la autoestima del adolescente, de modo que a los padres de los jóvenes les cuesta trabajo identificar si sus hijos están teniendo un problema con sus autoestima.

Por ello, con esta investigación se pretende conocer sobre la autoestima, en qué niveles se presenta y la importancia que tiene en la personalidad del individuo, y también conocer los diferentes trastornos alimentarios que se pueden presentar en la etapa de la adolescencia, cuáles son y cómo afectan en la personalidad de los jóvenes y de esta manera, conocer si hay relación y entre estos dos fenómenos.

Por lo tanto, se formula la siguiente pregunta: ¿Existe relación entre la autoestima y los factores psicológicos de los trastornos alimentarios en los adolescentes?

Objetivos

Enseguida se explicitan los lineamientos bajo los cuales se desarrolló el quehacer teórico y metodológico del presente trabajo.

Objetivo general

Establecer la relación existente entre los factores psicológicos de los trastornos alimentarios y la autoestima, en los alumnos de la secundaria Instituto Arquímedes, en Uruapan, Michoacán.

Objetivos particulares

1. Definir el concepto de autoestima.
2. Analizar las principales circunstancias que provocan una autoestima alta o baja.
3. Describir las consecuencias de una autoestima baja y alta.
4. Profundizar en el concepto de los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios.
5. Describir las consecuencias de los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios.

6. Conocer las teorías fundamentales de los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios.
7. Analizar teóricamente la relación entre la autoestima y factores psicológicos relacionados con los trastornos alimentarios.
8. Evaluar el nivel de autoestima que poseen los adolescentes de secundaria del instituto Arquímedes, en Uruapan, Michoacán.
9. Conocer los principales indicadores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios presentes en la población de estudio.

Hipótesis

Después de una primera revisión bibliográfica, se formularon las siguientes explicaciones tentativas sobre la realidad a estudiar.

Hipótesis de investigación

La relación entre el nivel de autoestima y los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios, es significativa en los alumnos de la secundaria del Instituto Arquímedes, de Uruapan, Michoacán.

Hipótesis nula

La relación entre el nivel de autoestima y los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios, no es significativa, en los alumnos de la secundaria del Instituto Arquímedes, de Uruapan, Michoacán.

Operacionalización de las variables.

En esta investigación se considera como indicador de la autoestima el puntaje de calificación obtenido al hacer la aplicación del Test de Autoestima de Coopersmith a los alumnos de la secundaria del Instituto Arquímedes, de Uruapan, Michoacán. Esta es una escala de auto-reporte de 58 ítems, en el cual el sujeto lee una sentencia declarativa y luego decide si esa afirmación es “igual que yo” o “distinto a mí”. El inventario está referido a la percepción del estudiante en cuatro áreas: autoestima general, social, hogar y padres, escolar académica y una escala de mentira de ocho reactivos. Este instrumento fue traducido, estandarizado y validado por Prewitt- Díaz en 1998 para la población de Latinoamérica, obteniendo los índices de confiabilidad suficientes que la hacen una escala confiable y válida para evaluar este fenómeno (Brinkmann y cols.; 1989).

La segunda variable a medir son los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios, en la cual se utilizó una escala de trastornos alimentarios (EDI 2). Esta investigación considera como puntajes de esta variable los obtenidos por el sujeto en el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI 2) del autor David M. Garner (1998). Este instrumento está conformado por once escalas que

representan los principales síntomas que acompañan a la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

Justificación

Esta investigación se relaciona de manera directa en el campo de acción del psicólogo, ya que en su profesión se estudia el comportamiento humano y sus relaciones. En este caso se trabaja con dos variables: la autoestima y los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios, los cuales son propios del estudio de la psicología.

La presente investigación beneficiará directamente al Instituto Educativo Arquímedes de la ciudad de Uruapan, Michoacán, ya que se contará con información necesaria para identificar a los alumnos afectados por los trastornos alimentarios. Los estudiantes podrán darse cuenta si están padeciendo un problema de autoestima que los lleve a presentar trastornos alimentarios.

Los profesores, por su parte, tendrán herramientas para detectar alumnos que presenten problemas alimentarios.

Los padres de familia contarán con información para poder identificar si la autoestima sus hijos está resultando afectada, y conocer los motivos por los que podrían provocarse en ellos, trastornos de alimentación.

También los directivos se verán beneficiados, al poseer información y herramientas para detectar y ayudar a los alumnos que presenten problemas de trastornos alimentarios.

Al campo de la psicología se espera realizar las siguientes aportaciones: comprobar que existe una relación entre la autoestima y los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios, para de esta manera, hacer más fácil el diagnóstico del paciente con características asociadas al tema de investigación.

Marco de referencia

La presente investigación fue realizada en el Instituto Educativo Arquímedes de la ciudad de Uruapan, Michoacán, la cual es una institución de carácter privado y laico, que tiene como misión a partir de los principios filosóficos y normativos, tanto federales como estatales en materia educativa, definir el deber ser de su centro escolar; y consideren los resultados registrados en el informe final de la autoevaluación de la gestión estratégica escolar que se relaciona con esos principios institucionales. También se persigue promover el desarrollo de habilidades conceptuales, procedimentales y actitudinales que necesita el alumno, para alcanzar las competencias que le ayudarán a enfrentarse a las dificultades de la vida cotidiana que la sociedad a la que pertenezca le exija, con una formación integral.

Su visión consiste en que, al considerar los resultados de la autoevaluación-diagnóstico y de la situación ideal que debe prevalecer en el centro escolar, formulen la posición que quieren alcanzar en los próximos años dentro de su entorno, centrándose en los propósitos educativos: ser la escuela particular con mayor calidad educativa, que brinde a su comunidad escolar los elementos necesarios para construir la base de su formación integral, aprovechando la excelencia de su personalidad docente y las aptitudes de cada uno de los alumnos que a ella acudan.

El instituto se encuentra ubicado en la calle Crepúsculo número 12, en el fraccionamiento sol naciente; cuenta con 23 años de antigüedad y con 12 años impartir el grado de secundaria.

En la secundaria de esta institución acuden adolescentes entre 12 y 15 años de edad, la población es mixta. Cuenta con 130 alumnos y 9 docentes, entre ellos se encuentra un Ing. Mecánico, un Ing. En sistemas, un Mtro. Zootecnista, un Lic. En Pedagogía, un Lic. En Ciencias de la Educación, un Ing. Civil, un Lic. En Inglés y un Lic. En Educación Física. El instituto cuenta con solo un edificio, dos canchas deportivas y dos oficinas administrativas.

CAPÍTULO 1

AUTOESTIMA

A lo largo de este capítulo se hablará acerca de la autoestima, definiendo principalmente el concepto; se abordarán las diferencias entre el autoconcepto y la autoestima; finalmente, se mostrará el origen y desarrollo de la autoestima.

1.1 Conceptualización de autoestima.

Como tarea inicial, para conocer y comprender que es la autoestima, es necesario definir el concepto de dicha palabra.

La autoestima para Alcántara (1990) es la actitud que las personas tienen hacia ellos mismos, como su forma de pensar, de sentir y de comportarse consigo mismos, así como la habilidad con la que se enfrenta a su persona.

Este autor también afirma que la naturaleza de la autoestima es consciente y dinámica; en ocasiones puede estar débil, dañada incluso destruida, pero también puede encontrarse fuerte y elevada. En pocas palabras, la autoestima se puede presentar algunas veces alta y otras, baja.

Alcántara (1990) Menciona que la autoestima resulta de la unión de hábitos y aptitudes que en el transcurso de la vida va presentando el individuo, y que es la mayor fuente de motivación que tiene el hombre.

La autoestima es definitiva en el comportamiento de las personas, ya que pone en guardia y disposición a estas ante los estímulos cotidianos que reciben desde el comienzo de sus vidas.

“La autoestima es el concepto que tenemos de nuestra valía y se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que sobre nosotros mismos hemos ido recogiendo durante nuestra vida; creemos que somos listos o tontos; nos sentimos antipáticos o graciosos; nos gustamos o no. Los millares de impresiones, evaluaciones y experiencias así reunidos se conjuntan en un sentimiento positivo hacia nosotros mismos o, al contrario, en un incómodo sentimiento de no ser lo que esperábamos”. (Clark y cols.; 2000:11)

Según Carrión (2007), la autoestima es el valor y el aprecio que las personas se brindan a ellas mismas, de acuerdo con las cualidades y circunstancias por las cuales se reconocen. Afirma que la autoestima se encuentra estrechamente relacionada con el autoconcepto, el cual está compuesto por los sentimientos y conocimientos que posee el individuo de sí mismo.

La autoestima se complementa con el desarrollo personal, por tal motivo, es importante que las personas cuenten con una estima sana para alcanzar una mejor calidad de vida.

El autor habla también de que la autoestima es la capacidad que tienen las personas para analizarse, valorarse, quererse, respetarse y conocer la eficiencia con la que cuentan para alcanzar una vida plena.

La estima y el valor personal, deben ser confirmados por las experiencias objetivas de las personas, nunca evaluarlas con las experiencias subjetivas, ya que estas llevan a la persona a crearse una imagen deformada de sí misma. Esta deficiente imagen que se crea el sujeto, es causada por los juicios que emiten las personas ajenas a él, como críticas, rechazos, castigos, premios, halagos y correcciones.

El conjunto de principios morales, espirituales y éticos, hace que la persona descubra sus capacidades para enfrentar cualquier reto que la vida les ponga enfrente. El sujeto se valora, se respeta, confía en sí mismo y se da cuenta que las otras personas pueden sentir todo lo antes mencionado hacia él, esto hace que el individuo haga consciente su derecho a sobresalir, triunfar y a ser feliz.

Carrión (2007) también señala que la autoestima está muy afín con la personalidad real como con la personalidad fingida, esta mantiene una imagen deteriorada de sí misma y se funda en las cualidades pasionales del individuo.

Finalmente, este autor define a la autoestima como a la unión de las capacidades, habilidades, potencialidades, valores y creencias con las que ha contado, cuenta y contará una persona.

La autoestima hace que la persona se dé cuenta que puede llegar a realizar todo lo que se proponga, es una gran generadora de fuerza que lleva al individuo a realizar sus objetivos, sabiéndose valioso, y con una responsabilidad de proporcionarse a sí misma mayor salud, compromiso, entrega y felicidad en su vida.

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

1.2 Diferencias entre autoconcepto y autoestima.

A continuación se hablará de la importancia de conocer la diferencia que hay entre el autoconcepto y la autoestima.

Los autores Lamb y cols. (2011) indican que al hablar de autoconcepto se debe considerar la personalidad del individuo. Cada ser humano cuenta con una personalidad especial y única, formada por sus características más dominantes y por su manera de reaccionar ante las situaciones que se le presentan cotidianamente.

La percepción de uno mismo o autoconcepto, es la manera en que las personas se consideran a sí mismas gracias a sus actitudes, percepciones, creencias y la autoestima que tengan. Esta percepción a menudo puede cambiar de manera gradual.

El autoconcepto permite a la persona definir su identidad, ofreciéndole un comportamiento sólido y conveniente.

Por lo general, la persona trata de aumentar su imagen real hacia su imagen ideal, reflejando que así es como quiere ser. El autoconcepto influye en gran medida en el comportamiento de las personas.

La personalidad y el autoconcepto se muestran en las personas en el estilo de vida que estas lleven. Este se puede identificar por las actitudes, intereses y opiniones de la persona.

“En la actualidad, persisten los problemas de definición; por ejemplo, parece existir una falta de coherencia en el uso de los términos ‘autoconcepto’ y ‘autoestima’. A veces se utilizan como si fueran intercambiables. Presumiblemente, en el autoconcepto se incluyen datos concretos del yo, como el género, la edad, las

afiliaciones de grupo, la nacionalidad, etc. Coopersmith restringió el contenido de la autoestima a una actitud o juicio de evaluación”. (Crozier; 2001: 206).

Para la autora Woolfolk (2006), el autoconcepto se va desarrollando cuando la persona hace una autoevaluación constante de diferentes situaciones por la que ha pasado. Como por ejemplo, para los niños y los adolescentes es constante la necesidad de saber la opinión que tienen sobre ellos las personas que están a su alrededor, las que son importantes o que admira y respeta, o simplemente con las que convive cotidianamente.

En el caso de los niños pequeños, ellos hacen una valoración de acuerdo con su desempeño académico, por ejemplo, cuanto han mejorado en su lectura, que tan rápido escriben y su habilidad para aprender.

La misma autora, de acuerdo con Marshi, menciona que se tiene la creencia de que los alumnos que sean poseedores de una alta autoestima, son propensos a tener mejores calificaciones y a ser exitosos en la escuela, tal éxito los puede llevar a elevar su autoestima o puede tener el resultado contrario.

Para los estudiantes, las evaluaciones que sus profesores hagan sobre ellos son muy significativas, ya que estas les ayudan para hacerse su autoevaluación y comparar su desempeño en la escuela.

Según esta autora, los niños tienen un juicio concreto sobre ellos mismos y posteriormente, se va haciendo más abstracta. Los pequeños tienen una autopercepción sencilla, creen que las demás personas, piensan, sienten y ven lo mismo que ellos.

Posteriormente, el pensamiento de los infantes se vuelve más indeterminado con respecto a los valores, las creencias, las intenciones y las motivaciones.

Esta autora menciona que el autoconcepto está en las conversaciones de las personas diariamente. La gente siempre habla del autoconcepto de otros individuos, resaltando si es bajo o débil, sin saber que están haciendo un mal uso del término.

La autora hace la siguiente cita para referir el autoconcepto como “la combinación de ideas, sentimientos y actitudes que la gente tiene acerca de si misma (Hilgard, Arkinson y Arkinson, referidos por Woolfolk; 2006: 605).

1.3 Origen y desarrollo de la autoestima

Es esencial que para adentrarse en el estudio de la autoestima, se conozca su origen y su desarrollo, es por eso que en el siguiente subtema se darán a conocer dichos tópicos.

Según Branden (2008), el desarrollo de la autoestima es fundamental en el entorno en el que los seres humanos se desenvuelven; afirma que las experiencias vividas en la primera etapa del individuo constituyen un factor importante para que la persona pueda gozar de una sana autoestima en las siguientes etapas de su vida.

El mismo autor menciona que el individuo que contó en su niñez con padres que lo criaron bajo un ambiente amoroso, de respeto, que siempre les ofrecieron un respaldo ante las situaciones que vivía, que nunca se contradecían, padres que no recurrieron al maltrato físico ni psicológico y sobre todo, que les brindaron su admiración y confianza ante la competencia y su bondad como niños, son las personas que tienen una mayor posibilidad de disfrutar una autoestima sana.

“Sin embargo, ninguna investigación ha concluido que la forma que tenga los padres de criar a sus hijos, por saludable que sea, produzca un resultado inevitable. Por ejemplo, el trabajo de Coopersmith demostró claramente que no es así. Su estudio presentaba ejemplos de alumnos que parecían haber sido criados en una forma ideal según los estándares que acabamos de indicar, y que sin embargo, se convirtieron en personas inseguras con dudas acerca de si mismas” (Branden; 2008: 17).

Como lo afirma este autor, aunque no se conozcan todos los factores biológicos o del desarrollo que influyen en la autoestima, cuando el individuo realiza algunas obras de cualquier tipo en su vida, que sean satisfactorias, pues va a provocar que su autoestima se eleve, de lo contrario, hará que esta se vea disminuida.

Este mismo autor comenta que para el desarrollo de la autoestima, es importante que las personas hagan conciencia de ellas mismas, de su respeto propio. El individuo necesita tener una sólida voluntad para poder conseguir y mantener su autoestima saludable.

Es muy importante que la persona tenga el deseo de aprender, de apreciar las circunstancias con claridad y comprender todo lo que pasa a su alrededor con sus experiencias cotidianas.

La voluntad es de suma importancia, y depende principalmente de la capacidad intrínseca de la persona, pero en ocasiones, a edad temprana, el individuo pone en práctica deseos que sabe que son irracionales, presentando así una actitud de evasión, provocando con esto que suspenda su voluntad de comprender (Branden; 2008).

Este autor también habla de que las emociones son un factor de riesgo en el desarrollo de la autoestima, ya que en algún momento de su vida, la mente y las emociones no se encuentran en sintonía en una forma inmediata y perfecta.

La persona siente deseos o miedos, los cuales las hacen entrar en un conflicto racional, por lo tanto, debe tomar la decisión de dejarse llevar por sus emociones o inclinarse por la razón. Por eso, el autor menciona que el infante debe aprender a restar importancia a sus emociones antes de actuar, ya que en ocasiones puede sentir

miedo a realizar alguna actividad, sin embargo, no significa que no la debe hacer, o al sentir algún tipo de deseo, tampoco significa que deba cumplirlo.

Es de suma importancia para el desarrollo de la autoestima del individuo, que este consiga la capacidad de distinguir entre sus emociones y la razón, esto le ayudará a incrementar su autoestima, puesto que la razón es el mecanismo que activa al hombre y genera la voluntad en él, mientras que las emociones son dispositivos de reacción automática.

Siguiendo con el autor, menciona que la autoestima implica la autoafirmación, que se manifiesta en la forma de pensar del individuo, de cómo juzga y la forma en que enfrenta las consecuencias de sus actos (Branden; 2008).

Este autor también menciona que el placer es parte del desarrollo de la autoestima, puesto que para la persona el placer es una necesidad psicológica, ya que es la recompensa que obtiene después de haber realizado una acción con éxito y sentir que valen la pena sus esfuerzos, aumentando su sentido en la vida.

El autor Carrión (2007) señala que la autoestima cuenta con dos factores importantes, uno que se forma o nace en el interior de la persona y que se integra por identidad, espiritualidad, valores y creencias; y el segundo factor es el que se forma del exterior de la persona, gracias al ambiente en donde se desenvuelve y las reacciones que obtiene de sus actos.

También el autor menciona que el ser humano cuenta con tres etapas evolutivas que al inicio son inconscientes y posteriormente, se van haciendo conscientes. La primera etapa es la supervivencia, la lucha constante por sobrevivir, este mecanismo se registra el cerebro reptiliano de la persona, la segunda fase es el rechazo al sufrimiento y la necesidad de placer que se establece en el cerebro límbico; finalmente, el cerebro más experto, el córtex, que cuenta con funciones más complicadas.

Clark y cols. (2000) indican que la autoestima va en desarrollo a lo largo de la vida del individuo, comenzando por la etapa infantil y posteriormente, por etapas más complicadas en las cuales la persona experimenta sentimientos, impresiones y en ocasiones algunos razonamientos complejos.

Al inicio de la vida del individuo no cuenta con un concepto de sí mismo, la poca conciencia que pueda tener de él es por medio de sensaciones y sentimientos, por ejemplo, cuando se siente bien al ser alimentado, cuando lo abrazan, en pocas palabras, cuando se satisfacen sus necesidades físicas básicas; si esas necesidades no son cubiertas, el individuo se siente mal.

Cuando el niño va creciendo y comienza a desarrollar su capacidad de hablar y socializar, presenta una conciencia hacia él mismo, sintiéndose más libre y con decisión.

Este autor afirma que el concepto inicial del yo que tiene la persona en la primera etapa, es el sentimiento que presenta por su valor propio si este es positivo,

obteniendo una idea de sí mismo fortalecida y saludable. Pero si de lo contrario, su concepto es negativo, presentará sentimientos de rechazo y abandono, ya que sus habilidades mentales aún no se encuentran totalmente desarrolladas como para hacer un equilibrio entre las reacciones irracionales e injustas que las personas que están a su alrededor le demuestran.

Cuando la primera etapa se termina, el individuo comienza a ser más social. La convivencia con sus compañeros de escuela, sus amigos, profesores y familiares le aportan experiencias para seguir formando su concepto del yo. Cabe mencionar que en esta etapa, la persona presenta un avance significativo en sus capacidades mentales y perceptivas, de esta manera puede identificar y sabe reaccionar ante los juicios irracionales que formulan otras personas.

Siguiendo con el mismo autor, señala la etapa de la adolescencia es el periodo de la vida del individuo más complicado para desarrollar su autoestima, ya que en este lapso lograr una identidad requiere de una gran labor por parte de la persona, puesto que se enfrenta con cambios físicos abruptos, cambiar radicalmente su cuerpo de niño a un cuerpo adulto y todo lo que conllevan estos cambios, no es fácil de llevar para la persona.

Y no solo debe hacer frente a los cambios físicos, sino también a la presión social y familiar, lo que las demás personas piensan y esperan de ellos. Con esto, el adolescente volverá a formular el concepto que tiene de su propia valía, la hará más personal, por consecuencia, puede rechazar las opiniones de otras personas y

volverse en más solitario, mostrar rebeldía, o puede volverse inseguro y confundido con necesidad de que las personas le den su aprobación y lo aconsejen.

“Lo ideal sería que la imagen que el adolescente tuviera de su auténtico ser fuera el resultado de una profunda revalorización propia” (Clark y cols.; 2000: 25-26).

El adolescente podría fundamentar dicha revalorización examinando las ventajas e inconvenientes que han tenido sus experiencias vividas para formular una imagen, misma que le puede ser base en su autoestima a lo largo de toda su vida.

1.4 Componentes de la autoestima

En el presente apartado se darán a conocer los componentes que posee la autoestima.

Para Alcántara (1990), la autoestima cuenta con tres componentes: el primero de ellos es el cognoscitivo, indica las creencias, las opiniones, las percepciones y como procese la información el individuo. Este concepto se refiere la opinión que la persona tiene de sí misma, determinando la forma en que la información acerca de ella misma llegue organizada y codificada. También funge como referencia de algunos datos que la persona ha aprendido sobre sí misma y otras personas.

“Las restantes dimensiones, afectiva y conductual, caminan bajo la luz que les proyecta el autoconcepto, que a su vez se hace servir y acompañar por la autoimagen

o representación mental que un sujeto tiene de sí mismo en el presente y en las aspiraciones y expectativas futuras” (Alcántara; 1990: 18).

El siguiente elemento según el mismo autor, es el afectivo, es aquí en donde la persona se valora en cuanto a lo que tiene positivo y lo que tiene negativo, involucrando sentimientos favorables y no favorables. Es cuando el individuo presenta admiración hacia su propia valía, haciendo una reflexión sobre sus cualidades personales.

Este autor afirma que la valoración es el corazón de la autoestima, cuando la persona siente admiración o desprecio, el gozo que experimenta, el afecto propio e incluso el sentir dolor.

Y por último, el elemento conductual, mencionado por el mismo autor, señala que es la decisión de actuar del individuo, la tensión y la intención con la que se maneje a persona. “Es la autoafirmación dirigida hacia el propio yo en busca de consideración y reconocimiento por parte de los demás. El esfuerzo por alcanzar una fama, honor y respeto ante los demás y ante nosotros mismos” (Alcántara; 1990: 20).

Para Branden (2011), la autoestima se compone por dos principales elementos: el primero que menciona es la autoeficacia, que se refiere a la confianza que se tenga la persona de sus capacidades para pensar, para hacer elecciones, para aprender y para tomar decisiones adecuadas.

El segundo elemento es el autorrespeto; que refiere a la seguridad que tiene a su derecho de ser feliz, de amar, de tener un círculo de amistades, de conseguir logros y de ser exitoso. “La eficacia y el respeto hacia uno mismo constituye el pilar doble sobre el que se asienta una autoestima sana; si falla una de las partes, la autoestima se ve afectada” (Branden; 2008: 14).

Continuando con este autor, afirma que la persona siente un enorme deseo de autoestima, considerándola como una necesidad primordial. Es tan grande su aspiración de poseer una correcta autoevaluación, que es capaz distorsionar, evadir y reprimir su juicio para escaparse de los eventos negativos que puedan afectar su autoevaluación.

Este autor menciona que la necesidad que siente el individuo por la autoestima es parte de su naturaleza, pero la persona va descubriendo este deseo con el paso del tiempo. Para entender mejor esta ambición, el autor menciona que en la naturaleza humana existe la razón, siendo el medio principal de la supervivencia humana, y por otro lado, se encuentra la facultad racional que le ayuda a formar el valor propio del individuo.

La persona requiere contar con una confianza en sí mismo, ya que de no tenerla se pondría en una posición de peligro al sentirse ansioso, con miedo y dudas, orillándolo a pensar que no es capaz de sobrevivir.

El mismo autor habla del respeto en las personas, señala que el respeto es la mezcla de los valores y los principios del ser humano que se ven reflejados en las decisiones morales que toma la persona.

“Funcionar bien como persona es estar preparado para la felicidad; funcionar mal es padecer la amenaza del dolor” (Branden; 2011: 196).

Continuando con el mismo autor, menciona que el individuo requiere tener respeto por sí mismo para poder hacer una valoración de los actos que ha realizado, con afán de obtener valores y para poder considerarse merecedor de la felicidad. Si una persona se restringe a pensar y a razonar, difícilmente tendrá una sensación de valor personal.

La eficacia es la capacidad de la persona de conseguir el resultado que desea, teniendo confianza en alcanzar sus objetivos deseados; confiando en sus capacidades mentales, en sus habilidades y en sus logros pasados. La eficacia es la certeza que tiene el ser humano de que puede pensar, razonar, juzgar y corregir errores.

“Una de las raíces de la eficacia personal es que nuestro entorno doméstico sea suficientemente sano, razonar y predecible y que nos permita creer que la comprensión es posible y que pensar no es fútil. En cuando a nuestras acciones se refiere, una de sus raíces es la voluntad de la eficacia por sí mismo, el rechazo de

rendirse a la indefensión, la persistencia en el intento de entender incluso frente a las dificultades”. (Branden; 2011:54)

Este autor habla de que la eficacia personal que presenta el individuo esa confianza y habilidad que muestra, haciendo frente a los retos que la vida le presente, son capacidades que le ayudan a cuidar de sí mismo y a sobrevivir en el mundo, sea cual sea la situación en la que se encuentre.

La persona que se desempeña con eficacia es capaz de otorgar a las demás personas amor, afecto, confianza, respeto, amabilidad y apoyo. Estos individuos también saben cómo enfrentarse a los acontecimientos desagradables y a las adversidades, cuentan con la capacidad de salir adelante tras el dolor en alguna situación de desgracia que se les presente a lo largo de su vida; les son muy sencillas las relaciones humanas tanto profesionales como personales.

“El respeto a uno mismo entraña la expectativa de la amistad, del amor y la felicidad como algo natural, como resultado de quienes somos y de lo que hacemos” (Branden; 2011: 57).

El respeto por sí mismo y hacia otras personas depende mucho de la educación que el individuo recibió en su hogar en las primeras etapas de su vida.

La persona siente una gran necesidad de respetarse a ella misma, ya que necesita de los valores como guía para disfrutar de una vida satisfactoria. Requiere

también estimar las satisfacciones que ha obtenido de algunas de sus experiencias para que sus acciones posteriores sean apropiadas.

Cuando el individuo se respeta, se inclina a actuar confirmando y reforzando su respeto y si de lo contrario, no se respeta, se ve propenso a disminuir su sentido de valor propio.

“Para la realización óptima de nuestras posibilidades, necesitamos confiar en nosotros mismos y necesitamos admirarnos, y la confianza y la admiración necesitan estar asentadas en la realidad y no ser producto de la fantasía y de la desilusión personal”. (Branden; 2011: 59)

El mismo autor comparte que el orgullo también es parte de la autoestima, afirma que el orgullo es el premio emocional al logro que el individuo alcanzó, que no es algo con lo que la persona tenga que luchar, al contrario, es un valor que debe conseguir.

El orgullo no debe confundirse con la arrogancia, ya que es un logro, una satisfacción, un goce que siente la persona al obtener un resultado, al salir victorioso de alguna situación.

“El orgullo se considera no como una emoción o una experiencia sino como virtud, un compromiso a actuar, lo defino de manera diferente como una ambición moral, el dedicarnos a intentar conseguir la máxima capacidad de nuestra manera de ser y de nuestra vida”. (Branden; 2011: 60)

Para el autor Carrión (2007), la autoestima es igual a la eficacia personal y respeto a sí mismo, señala que la eficacia personal es la seguridad que la persona tenga hacia sus procesos mentales los cuales son, la comprensión, su capacidad de análisis, la elección, el aprendizaje, la secuenciación y la decisión. Es la capacidad que tiene el individuo de creer en el mismo.

El mismo autor afirma que la eficacia personal es la honestidad con que las personas reconocen sus valores como sus defectos, mantienen una armonía entre la sinceridad, la prudencia y el valor; reafirman su derecho a vivir y a ser felices; pueden llegar a vivir plenamente cuando hacen una integración de sus experiencias con el mundo que las rodea.

Este autor señala que el individuo comienza a comprender su verdadero sentido de la vida, encuentra su misión e identifica cuáles son sus funciones en la vida.

1.5 Pilares de la autoestima

En el siguiente apartado se mencionarán y explicará los pilares que integran a la autoestima.

Para en Branden (2008), la autoestima cuenta con seis pilares fundamentales. Estas prácticas ayudan al individuo a fortalecer su autoestima. Al no contar con estas prácticas a la persona se le percibe con una baja en su estima.

A continuación se enlistarán estos seis pilares importantes en la autoestima:

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

Existe un séptimo pilar integrador:

7. Disposición y voluntad a vivir los seis pilares.

Este autor afirma que entre más conscientemente vive la persona, aumentará su confianza y su respeto propio. Cuando el individuo funciona de manera consciente, se está esforzando, ya que en ocasiones esta práctica conduce a la persona a ponerse en contacto con situaciones complicadas que prefiere no enfrentar. Con el paso de los días, el sujeto va creando un sentimiento sobre qué tipo de persona es, esto va a depender del nivel de racionalidad e integridad con la que cuente.

Asevera Branden (2011) que la persona que se acepta a sí misma cuenta con un valor de compromiso con ella misma y no tiene la intención de aparentar una autoestima con la que no cuenta. El individuo tiene la voluntad de experimentar y no quedarse sin hacerlo, se enfrenta a él mismo y a sus circunstancias y posee un gran respeto por su realidad.

Este mismo autor explica la práctica de la responsabilidad, señala que la persona necesita tener control de su propia existencia para sentirse digno de ser feliz, esto demanda que el individuo esté en la mejor disposición de hacerse responsable de sus actos y de las consecuencias de estos, llevándolo a aceptar una gran responsabilidad de vida. La persona se hace consciente que solo depende de ella ser feliz, que nadie va a cambiar ni a mejorar su vida, el individuo enfrenta la realidad y acepta la responsabilidad de ser él el que tiene el control de su vida.

La autoafirmación es la cuarta práctica que menciona Branden (2011); afirma que la persona que se afirma a sí misma, es poseedora de una virtud, ya que respeta sus deseos, sus valores y convicciones. Es el lado contrario de rendirse ante la timidez. El ser humano que no practique la autoafirmación, intenta evitar un enfrentamiento con alguna persona que practique valores distintos a los de él, o en ocasiones siente el deseo de complacer a cierto individuo o manipularlo. Cuando la persona practica una autoafirmación sana, lo encamina a la voluntad de enfrentarse a nuevos retos que se le presenten.

Continuando con este autor, explica la penúltima práctica de la autoestima que es el vivir con un propósito, señala que los propósitos son parte fundamental del proceso vital del individuo. Gracias a los propósitos de la persona, esta se organiza su conducta otorgándole una mejor dirección. Cuando el individuo se fija metas, crea la sensación de control sobre su existencia y al vivir con un propósito le ayuda a realizar satisfactoriamente los propósitos que este fija.

La última práctica es explicada por el mismo autor, quien expresa que conforme el individuo va creciendo, su integridad se va haciendo más importante en la autoevaluación que esta haga de sí mismo. Cuando una persona presenta una relación correcta entre sus valores y sus conductas, que así como piensa positivamente, también lo haga al actuar.

Este autor toma como séptimo pilar la disposición y la voluntad que tiene el ser humano para vivir las estas seis prácticas, ya que para que la persona pueda desarrollar estas prácticas con disposición y voluntad, tiene que dejar de lado sus miedos, hacerle frente al dolor y sobre todo ser leal a sus ideales y a su criterio.

Este mismo autor comenta que la persona se tiene que esforzar para lograr vivir conscientemente. Tiene que vencer a la pereza, que es el principal enemigo de la autoestima, así como al impulso que siente el individuo a evitar malestar. Cuando la persona vive conscientemente, se ve obligada a enfrentarse a sus temores, haciéndola que retome algún daño del pasado que no resolvió.

1.6 Niveles y medición de la autoestima

Es importante conocer los niveles de la autoestima y como se puede medir, es por eso que en el siguiente apartado se mostrara como se pueden ejecutar estas dos acciones.

Enseguida se presenta una lista de las características de la autoestima alta.

- Branden (2008) afirma que el individuo es consciente de que es capaz de ser competente para enfrentar desafíos y presenta confianza en sí mismo.
- Carrión (2007) señala que la persona se siente valiosa, eficaz y se siente motivada, siente una plena confianza en su capacidad para pensar.
- Crozier (2001) cita a Coopersmith diciendo que la persona siente respeto por ella misma.
- González-Arratia (2001) afirma que la persona piensa que es buena, se siente digna, asume responsabilidades, se siente importante y siempre es positiva.

Posteriormente también se presenta una lista de las características de la autoestima media.

- González-Arratia (2001) señala que en esta etapa el individuo es optimista, capaz de soportar críticas, está constantemente a expensas de la aceptación social y presenta inseguridad en su valor propio.

Finalmente la lista con las características de la autoestima baja incluye las siguientes perspectivas:

- Branden (2008) afirma que el sujeto no se siente motivado, es vulnerable a las críticas, se siente desesperado, no se siente capaz de ser feliz.
- González-Arratia (2001) menciona que el individuo piensa que no es valioso, no tiene confianza en sí mismo y se aísla.

Existen instrumentos para medir la autoestima, que son los más usados, han sido estandarizados en poblaciones diversas y se dirigen a la identificación de los niveles de la autoestima escolar, mientras otros se enfocan a otras áreas como familia social o padres, algunos tests son específicos para niños, mientras otros se dirigen a adolescentes.

Uno de los estudios más influyentes es el realizado por Coopersmith, en 1967, su cuestionario es llamado Self-Steem Inventory, orientado a evaluar la autoestima de los niños.

En la prueba de Coopersmith, 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 (Brinkmann y cols.; 1989).

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

Se han creado otras pruebas estandarizadas para medir la autoestima, como es muy utilizado 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; 2009).

También existe la batería de Test de Autoestima Escolar (TAE). 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 test da un resultado único, no tiene subescalas y los reactivos que lo conforman pertenecen a las 6 subescalas del test original (conducta, estatus intelectual, apariencia física y atributos, ansiedad, popularidad, felicidad y satisfacción) (Marchant y cols.; 2005).

1.7 Alternativas de intervención en la autoestima

Para finalizar con este capítulo, el siguiente apartado se hablará de cuáles son las alternativas que existen para realizar la intervención en la autoestima.

La UNICEF (1999) ofrece una alternativa de intervención con un enfoque cognoscitivo. Menciona que se puede hacer de cuenta que la persona tiene dentro de su cabeza dos tipos de voces: una que es negativa, pesimista y acusadora, y otra que es positiva, realista y saludable. Para que el individuo desarme a la voz acosadora, que es la que le provoca distorsiones cognitivas, es necesario que la voz positiva le haga ver al sujeto que está en un error, que existen muchas posibilidades de resolver los problemas, que se analice y sea positivo.

Branden (2008) propone un ejercicio para trabajar con la autoestima, el cual consiste en la conclusión de frases para potenciar la autoestima con una duración de 31 semanas. Se le pide al paciente que en una libreta escriba las frases que el terapeuta le proporcione. Cada semana cuenta con 4 a 5 frases, en la primera semana, el paciente (preferentemente al inicio del día) va a tomar su libreta y va a leer las 5 frases enlistadas que tiene para esa semana, completará las frases y esto le ayudará a que con el paso de los días valore si su autoestima está cambiando.

Por otro lado, Alcántara (1990) menciona que para el desarrollo de la autoestima es fundamental el apoyo de la familia, por lo que propone a terapeutas y educadores las siguientes directrices.

1. Al niño o adolescente le gusta sentirse un elemento importante en su familia
2. Tener una buena comunicación con sus padres.
3. Le es fundamental sentirse orgulloso de su familia.
4. Tener un trato respetuoso.
5. Que sus progenitores lo valoren y aprecien sus características.
6. Que sus padres no los desapruében, al contrario, que elogien sus buenas conductas.
7. Celebrar los éxitos de sus hijos.
8. Evitar la sobreprotección.
9. Confiar en sus hijos.
10. Hacerle un obsequio de vez en cuando a su hijo en forma de recompensa.
11. Es de suma importancia que los padres den un adecuado ejemplo de sana autoestima.

Se ha llegado al final de este capítulo logrando entender a la autoestima de acuerdo con Carrión (2007) es la conciencia que tiene el individuo sobre quien es, el potencial con el que cuenta, su seguridad, la habilidad que tiene para resolver problemas y la conciencia de reconocerse a sí mismo por sus valores, principios, sentimientos y capacidades, y sobre todo, el reconocer que merece ser feliz.

De igual manera, se revisó el autoconcepto, que es un complemento esencial de la autoestima, de acuerdo con Lamb y cols. (2011), el autoconcepto es la manera en que las personas se consideran a sí mismas, gracias a sus actitudes, percepciones, creencias y la autoestima que tengan. Esta percepción a menudo es cambiante.

Se pudo observar que el medioambiente en el que el individuo se desarrolle, es sumamente importante para la construcción de su autoestima. Sin dejar de lado la importancia de los componentes de la autoestima, que son el cognitivo, afectivo y conductual; estos son muy necesarios en el desarrollo del individuo, ya que sin ellos no se podría construir una autoestima saludable y fortalecida.

En este capítulo fueron mencionados los 6 pilares de la autoestima que propone Branden (2010) los cuales son: vivir conscientemente, aceptarse a sí mismo, aceptar responsabilidades, afirmarse a sí mismo, vivir con un propósito, la integridad y finalmente, la disposición y voluntad a vivir estos seis pilares. Estas prácticas son bastante importantes para el individuo, ya que le marcan una pauta a seguir para su camino en el desarrollo de la autoestima.

Finalmente, se mencionaron las características que permiten al individuo distinguir si cuenta con autoestima alta, media o baja, y los instrumentos con los cuales se puede medir la autoestima; se concluyó proponiendo algunas alternativas a los psicólogos y profesores para trabajar con sus clientes o alumnos dentro de un enfoque constructivista.

CAPÍTULO 2

TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Tanto en México como en otros países una gran cantidad de personas en su mayoría jóvenes de entre 12 y 19 años se ven afectados por los trastornos alimentarios convirtiéndose estos trastornos en uno de los principales problemas sociales de salud en varios países del mundo. Es por eso estimado lector que en el siguiente capítulo se hablará sobre estos trastornos, que son, cuales son, el perfil de la persona que los padece y los factores que predisponen a la persona a contraer el trastorno.

2.1 Antecedentes históricos de la alimentación.

A continuación se hablará brevemente de los inicios de los trastornos alimentarios.

Jarne y Talarn (2000) hablan de que hace muchos años en la sociedad antigua existían culturas que presentaban conductas bastante desordenadas y exageradas de alimentación. Estas culturas organizaban importantes fiestas en donde los anfitriones ofrecían un gran banquete a sus invitados y comían de manera excesiva y desmesurada, estas prácticas por lo regular tenían un sentido social de demostración de poder y en ocasiones se marcaba un significado sagrado en dichas reuniones. En estos grandes banquetes era muy común ver entre las personas que se provocaban el vómito para continuar comiendo.

Siguiendo con los autores, hacen mención que en la cultura cristiana en la antigüedad también eran comunes las erróneas prácticas de alimentación, estas se encontraban asociadas a la religión, varios de los primeros cristianos practicaban el ayuno como penitencia para conseguir un nivel espiritual más alto. Probablemente de los primeros casos de anorexia más famoso en la historia dentro de la comunidad cristiana fue el de una joven llamada Catalina de Siena, ella inicio a rechazar la comida excusando penitencia a los siete años de edad.

El margen predominante para los casos de anorexia en aquella época se encontraba afines con la vida religiosa y sus prácticas de sacrificio y penitencia. A las personas les causaba curiosidad que existieran personas que sobrevivían sin alimento siendo que en ese tiempo a la gente le era difícil conseguir comida.

Continuando con el mismo autor, menciona que en 1873 varios médicos del hospital La Pitié de París hicieron constar la inexistencia de una enfermedad orgánica que evidenciara la anorexia inclinándose en un principio por una etiología psicógena. La teoría inicial que se presentó era la de una afección de origen panhipopituitario. Desde la década de los sesenta se presenta un enfoque más específico de la problemática de alimentación considerando que al inicio del trastorno se vea ligado a un grupo de factores enlazados como lo son, los biológicos, psicológicos y sociales, los cuales refuerzan los modelos de tratamiento multidisciplinario que abarcan a los tres focos conflictivos de la anorexia, la figura, los pensamientos distorsionados y el peso.

2.2 Definición y características clínicas de los trastornos alimentarios.

De acuerdo con el manual DSM-IV (APA; 2002), los trastornos alimentarios se identifican por presentar variaciones graves en la conducta alimenticia enfocándose principalmente en la anorexia nerviosa, en la bulimia nerviosa y brevemente en la obesidad. Menciona que la anorexia nerviosa se caracteriza por el rechazo que tiene la persona de situarse en un peso corporal dentro de los estándares marcados como normales.

La bulimia nerviosa presenta episodios frecuentes de apetito voraz ligado a una reacción inadecuada compensatoria como la estimulación del vómito, uso exagerado de laxantes y diuréticos, uso de medicamentos, ayunar y realizar ejercicios físicos de manera excesiva.

2.2.1 Anorexia nerviosa.

El DSM-IV (APA; 2002) señala que la anorexia nerviosa se conforma por las siguientes características principales que presenta el paciente afectado del trastorno, fuerte temor a subir de peso y una importante alteración de cómo perciben el volumen de su cuerpo. Las personas afectadas procuran conservar un peso corporal inferior al nivel indicado como normal mínimo con respecto a su edad y talla. En el caso de las mujeres, en el ámbito hormonal, aunque ya experimentaran la menarquia pueden padecer amenorrea.

Los pacientes inmersos en este trastorno por lo general se alejan de los alimentos que contienen una fuerte carga de calorías, proporcionándose así una dieta sumamente estricta poco saludable. Otra opción que aplican para lograr la pérdida de peso son; las purga, los laxantes, diuréticos, ejercicios exagerados e incluso la inducción del vómito.

El temor que sienten el individuo a subir de peso no es superado aunque esté perdiendo peso al contrario, aumenta el miedo aunque el peso vaya en descenso. Las personas anoréxicas experimentan una alteración en la percepción que tienen tanto de su peso como de su silueta corporal, estas se miran gordas por contar con pequeñas acumulaciones de grasa en ciertas áreas del cuerpo que a ellos les incomoda. La forma de su cuerpo y el peso con el que cuentan son fundamentales para determinar el nivel de autoestima con la que estos pacientes cuentan.

Los individuos afectados por el trastorno toman el perder peso como una prueba superada en su autodisciplina y por lo contrario se sienten fracasados cuando ganan kilos afectando con esto a su autocontrol.

De acuerdo con el manual DSM-IV (APA; 2002), existen dos subtipos de anorexia nerviosa. El primero es el a) Tipo reactivo: el cual se describe por aparecer una considerable pérdida de peso mediante la realización de dietas complementándolas con ejercicios extremos. Durante estos episodios los pacientes no presentan atracones y efectúan purgas. El siguiente subtipo es b) Tipo compulsivo/

purgativo: aquí los pacientes recurren frecuentemente a atracones o purgas, y en ocasiones pueden aparecer ambas. Los individuos que pasan por estos episodios recurren al vómito, a utilizar laxantes, diuréticos e incluso enemas de una manera exagerada.

Castillo y León (2005) mencionan que dentro de este trastorno se presenta la anorexia nerviosa atípica, que es la que no cuenta con los rasgos de la anorexia nerviosa. Los elementos que pueden no presentarse son la significativa reducción de peso o no presentar amenorrea y no cuenta con una causa somática destacada.

2.2.2 Bulimia nerviosa.

El manual diagnóstico DSM-IV (APA; 2002) afirma que la bulimia nerviosa es caracterizada por constantes episodios de atracones y en técnicas inadecuadas compensatorias que realiza el paciente para evitar ganar peso. En este trastorno también el peso y la silueta corporal influyen en gran manera en la autoevaluación de los pacientes.

Antes de hacer el diagnóstico para determinar si la persona está afectada por el trastorno, los episodios de atracones y las técnicas compensatorias deben ser observables en un lapso de tiempo de dos veces por semana en un periodo de tres meses.

De acuerdo con el DSM-IV (APA; 2002) los atracones se especifican como un episodio corto de tiempo en donde el individuo realiza una ingesta exagerada de

comida poco habitual en una persona que come normalmente en un día normal. Por lo regular los alimentos consumidos en los atracones son variados, pero son más frecuentes los alimentos chatarra con alto contenido calórico.

Los pacientes con este trastorno por lo general sienten vergüenza por sus acciones de ingesta inadecuada y siempre tratan de ocultar los síntomas que presentan.

En la bulimia nerviosa también se presentan dos subtipos de ellas, de acuerdo con el manual DSM-IV (APA; 2002), el primer subtipo es el a) Purgativo: aquí el paciente presenta un episodio en donde realiza un uso exagerado e inadecuado de laxantes, diuréticos, enemas y estimulación del vómito. El siguiente subtema es el b) Tipo no purgativo: aquí se presentan cuadros de ayuno, y ejercicios fuertes y exagerados, pero sin presencia de laxantes, diuréticos, enemas ni vómitos.

Castillo y León (2005) también mencionan que se puede encontrar la bulimia nerviosa atípica, que es la que carece de las características propias del trastorno, se pueden hacer presentes

2.2.3 Obesidad.

En el siguiente apartado se aborda brevemente sobre las características y consecuencias de la obesidad.

Jarne y Talarn (2000) indican que la obesidad a diferencia de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, no se ubica dentro de los trastornos psiquiátricos, sino dentro de las enfermedades médicas que se vinculan con grandes riesgos en la salud. La obesidad se caracteriza por la gran acumulación de grasa en el cuerpo de la persona.

Continuando con estos autores, mencionan de acuerdo con las personas que padecen obesidad y consumen alimentos en gran medida, la psicología trata de realizar algunos modelos que sirvan de apoyo para explicar dicha práctica. Algunos de estos modelos muestran que los individuos con obesidad presentan dificultades en su personalidad tratando de aliviarla recurriendo a la ingesta de comida de manera exagerada.

La ansiedad también es considerada como foco importante en este trastorno, se cree que la alimentación exagerada puede ser la respuesta a dificultades emocionales del individuo, también puede ser un suplente gratificante en algunas situaciones poco tolerables, como síntoma de alguna patología mental o como adicción a la comida.

La mayoría de los pacientes con obesidad presentan baja autoestima, ansiedad elevada y depresión así como casos en los que la persona presenta dificultades familiares y sociales.

2.2.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.

Como muestra el CIE-10, la hiperfagia es “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 ganar peso”. (Castillo y León; 2005: 225)

2.2.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas.

Como mencionan Castillo y León (2005), a los vómitos también se les conoce como vómitos psicógenos e hiperémesis gravídica psicógena. Pueden presentarse vómitos cotidianos, vómitos que no son autoprovocados, en cuadros disociativos, se presentan en la hipocondría y en el periodo de gestación ya que causas emocionales de esta etapa conducen la aparición de náuseas o vómitos frecuentes.

2.2.6 Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia.

En este apartado se hablará de las conductas alimentarias que se presentan en la infancia que pueden dar pie a un trastorno alimentario.

El trastorno de la conducta alimentaria en la infancia de acuerdo con el autor Jiménez (1997) es una serie de conductas problemáticas, que van de la mano con la alimentación. Al contrario de otros trastornos como la bulimia, la anorexia y la obesidad, estos no presentan riesgo de salud al menor en la mayoría de los casos. Lo que podría estar provocando estos problemas de alimentación puede ser la presencia de algún tipo de disfunción neuromotora o algún otro factor estructural que bloquee el desarrollo normal de la alimentación.

Continuando con el mismo autor, menciona los malos hábitos alimentarios que presentan algunos niños, como por ejemplo comer de pie, moverse constantemente de su silla, negarse a utilizar cubiertos, comer con la constante atención del adulto. Algunos niños suelen presentar rechazo hacia la comida, esta acción puede ser tomada como normal, ya que la mayoría de las personas alguna vez han rechazado algún alimento, ya sea por su sabor o por su aroma siendo estos algunos de los principales motivos del rechazo. Puede considerarse de menor grado cuando al pequeño solo rechaza un alimento en específico, y tomar precaución cuando los alimentos que repudia pueden hacerle falta en su desarrollo nutricional poniendo en peligro la salud del infante.

El niño también se puede negar a consumir alimentos sólidos, por lo general esto aparece como una crisis de la etapa de desarrollo, ya que el pequeño está acostumbrado a consumir alimentos líquidos o blandos y le es más sencillo ingerirlos así puesto que no tiene que hacer esfuerzo para tragarlos, de lo contrario los alimentos sólidos le demandan hacer un mayor esfuerzo al tragar.

Jiménez (1997) también menciona la ingesta de comida mezclada, que es cuando el infante tarda mucho en terminar sus alimentos, el adulto selecciona alimentos que considera que son más beneficiosos para el niño y los mezcla, haciendo con esto una manera más rápida de que el pequeño se alimente. Pero con esto el adulto crea que en años posteriores el niño sienta pereza al comer y no reconozca los sabores de los alimentos por separado.

La falta de apetito también se hace presente causando una gran preocupación a los padres de familia. En el primer año de vida el niño aumenta entre 5 y 8 kilos de peso, de forma natural después del primer año el apetito del pequeño es menor, así que solo aumentará unos dos kilos por año en un periodo de tres o cuatro años siguientes. Generalmente no existe un problema en el niño pero al no contar con esta información los padres de familia se preocupan de sobre manera porque sus hijos no tienen apetito.

Para terminar y continuando con el autor, los vómitos en los niños son un problema que alarma a los adultos ya que lo relacionan con un problema físico, dicho sea de paso es importante que se descarte cualquier causa física. Pero por lo regular

los vómitos aparecen como repudio a ciertos alimentos o en ocasiones los infantes vomitan para manifestar que no les agrada la escuela, que no están cómodos con sus compañeros o alguna otra situación que los mortifique, los pequeños vomitan para aparentar enfermedad y así evitar situaciones que les son incómodas.

Castillo y León (2005) mencionan que dentro de los trastornos alimentarios se presenta la Pica que es un trastorno de la conducta alimentaria en donde el individuo ingiere de forma constante sustancias que no son alimento, como por ejemplo la tierra o la pintura. Esta conducta es considerada normal cuando se presente entre los 18 meses de edad. Por lo contrario en los niños se puede identificar como un síntoma de algún trastorno psiquiátrico grave como el autismo o el retraso mental entre otros. En ocasiones este trastorno se presenta en niños normales, por lo general en niños pequeños, se puede llegar a extender hasta la adolescencia. También se presenta la rumiación o mericismo, este trastorno es menos frecuente entre los tres y los doce meses de vida del individuo, consiste en la regurgitación constante de la comida que se ingiere, se presenta una pérdida de peso o una dificultad para ganar kilos en la edad infantil. Es común en niños con retraso mental o trastorno generalizado del desarrollo. Es un trastorno no muy visto pero con un carácter grave.

Por último los autores mencionan la potomanía, que se trata de una exagerada ingesta de líquidos por lo general siempre se trata de agua simple. Algunas veces es necesario tener al paciente hospitalizado para poder realizar el diagnóstico, ya que se pueden presentar dificultades en los estudios médicos. Al paciente se realiza una

prueba de deshidratación consistente en administrar hormonas antidiuréticas y se le mide la osmolaridad de la orina y del plasma.

2.3 Esfera oroalimenticia en el infante.

En este subtema se habla de cómo el individuo reconoce el mundo a través de su vía oral relacionándolo con un vínculo de amor.

El ser humano al recibir por primera vez la alimentación oral, realiza un vínculo de amor con la madre, siendo que la boca tiene varias terminaciones nerviosas que se asocian con el placer y tranquilidad.

Es así como el niño comienza a conocer el mundo por medio de su busca puesto que lo que se lleva a ella le produce tranquilidad, placer y satisfacción.

2.3.1 Organización oroalimenticia.

A continuación se explicara que es la organización oroalimenticia. El autor Ajuriaguerra (1973) señala que el ser humano presenta una variedad de reflejos de succión de deglución que se hacen presentes a una edad temprana, los movimientos de succión con los labios que son estimulados con los dedos surgen desde el nacimiento del individuo mostrando un reflejo de búsqueda que tiene un movimiento hacia los cuatro puntos cardinales.

Siguiendo con el mismo autor, señala que el pequeño presenta actividad oral frecuente, cuando ve el seno de la madre como un objeto de satisfacción o excitación, solo para sentirse tranquilo y después ve el seno materno como fuente de alimentación y lo busca cuando siente hambre o la necesidad de ser nutrido.

Los psicoanalistas señalan a la boca como una zona erógena, el acto de succionar como una actividad autoerótica. Como lo menciona el autor esta actividad autoerótica produce ansia de adueñarse de los objetos. Para el pequeño solo existe la fuente que lo alimenta y en su imaginación se ve unido a dicha fuente comiéndolo o incorporándolo, para que el objeto sea parte de él

Ajuriaguerra (1973) menciona a M. Klein, ella menciona que el individuo reconoce el pecho materno naturalmente desde el momento en que nace, inconscientemente el neonato identifica al seno materno como algo bueno, los sentimientos e impulsos del recién nacido influyen en el afecto que se le tiene al pecho materno, cuando el pequeño se siente bien, agradecido por ser alimentado y porque satisface sus necesidades lo reconoce como pecho “bueno” por el contrario cuando los impulsos del bebé son negativos, cuando se siente mal reconoce al seno materno como “pecho malo”.

“Darle el alimento al niño no es un simple acto nutritivo, darle algo por vía oral, sino una entrega por parte de la madre de sí misma, no sólo por el pecho que da, sino por su actitud” (Ajuriaguerra; 1973: 182).

2.3.2 Alteraciones en la esfera oroalimenticia.

Este apartado da a conocer varios tipos de anorexia que se presentan en la esfera oroalimenticia.

Ajuriaguerra (1973) menciona que dentro de las alteraciones oroalimenticias se encuentra la Anorexia esencial precoz; Es muy poco común, de presentarse lo haría en las primeras semanas o en el primer día de vida. El autor menciona la opinión de J. Levesque, afirma que es la auténtica anorexia del neonato, mostrando una específica constitución neuropática. Se puede observar en recién nacidos de reducido peso, nerviosos y vivaces; en un inicio estos bebés muestran pasividad ante la comida, al avanzar algunos meses se vuelven renuentes al alimento.

También se presenta la anorexia del segundo semestre; esta es más común, se presenta alrededor del quinto y el octavo mes cuando se le limita la alimentación láctea y se va cambiando el consumo de alimentos, el apetito es pobre y aun se presentan cambios importantes en el desarrollo del pequeño. Según como reaccione el infante hacia la comida, se destacan dos tipos de anorexia; 1) La anorexia inerte: Es cuando él bebé no responde hacia los estímulos de alimentación, derrama la leche por las comisuras de sus labios e incluso devuelve el poco alimento que logra ingerir. 2) La anorexia de oposición: Es una agotadora lucha que enfrenta al adulto con el pequeño para poder alimentarlo, el niño llora, se mueve grita y evita a toda costa ser alimentado. Se establece una relación madre e hijo vía oral como aceptación o rechazo, la manera en que el neonato se comporta ya sea pasiva o rebelde indica una demostración de su

personalidad. En un determinado tiempo más el niño se adapta a lo forma de ser de sus padres que puede ser descompensado, ante la rebeldía del pequeño la madre se preocupa por alimentarlo cayendo en los juegos y la tiranía de su hijo.

El mismo autor menciona que L. Kreisler distingue dos tipos de anorexia: la simple, que al principio parece ser una reacción al quitarle el alimento materno, ante al cambio de alimentos o ante un incidente patológico leve o de carácter serio causado por una anorexia fugaz en donde un rechazo hacia la comida a nivel elemental no es considerado como pérdida de apetito o de hambre.

También el autor menciona la anorexia compleja, que se identifica por la fuerza de los síntomas y la resistencia al tratamiento común, el bebé hace saber al adulto que le interesa la comida. La anorexia infantil se debe tratar con mucha precaución, hacer una revisión de las acciones muy minuciosa antes de hacer el diagnostico.

2.4 Perfil de la persona con trastornos de alimentación.

En el siguiente apartado se dará a conocer el perfil que caracteriza al individuo que padece un trastorno alimentario.

Costin (2003) menciona algunas características que presentan los jóvenes que presentan un trastorno alimentario.

- a) La mayoría de estos jóvenes viven pendientes de lo que las demás personas opinan de ellos.

- b) Buscan cumplir con las expectativas sus padres.
- c) Dudan constantemente de ellos mismos, son muy inseguros.
- d) Muchos de ellos pasan por cambios de escuela, de ciudad, de amigos e incluso conflictos amorosos.
- e) Les cuesta enfrentar y resolver situaciones diversas.
- f) Convierten su cuerpo en símbolo de autonomía, control, eficacia personal e identidad.
- g) Presentan baja autoestima
- h) Tienden a ser perfeccionistas, se juzgan fuertemente.
- i) Presentan poca tolerancia a la frustración.

De acuerdo con los autores Jarne y Talam (2000) que indican que la persona que presenta un trastorno alimentario muestran un sentido de perfección positivo muy alto, de ser exitosos por ser delgados, este sentir los coloca dentro de un trastorno restrictivo, pero también muestra perfeccionismo negativo asociando la obesidad con el fracaso. En estos paciente existe mucho la discrepancia a través de la presión cultural entre su cuerpo real y que desean tener, mientras más distorsionada tenga su imagen corporal, mayor será la probabilidad de que el individuo padezca en trastorno alimenticio.

2.5 Causas del trastorno alimenticio.

A continuación se presentarán las causas que provocan el padecimiento de un trastorno alimentario.

“Las teorías psicológicas de la elección de la dieta examinan los factores individuales que influyen en la conducta de comer, haciendo hincapié en el aprendizaje, las creencias, las actitudes y la constitución psicofisiológica de la persona” (Ogden; 2005: 64). Esta autora señala que los alimentos representan aspectos de la identidad al sujeto en términos de género, sexualidad, conflicto y autocontrol, comunican amor y poder.

La persona hace cinco clasificaciones de la comida:

- 1) Comida frente a no comida: se refiere a las sustancias que son comestibles y a las que no lo son.
- 2) Comidas sagradas frente a comidas profanas: hace referencia a los alimentos que son sagrados ante su fe religiosa y a las que no los son.
- 3) Clasificación de comidas paralelas: Consideran a los alimentos como calientes o fríos no por su temperatura, sino como un simbolismo que le dan a las enfermedades, esto puede variar de una cultura a otra.
- 4) Comida como medicina: algunos alimentos son utilizados para aliviar algunas enfermedades o son evitados en estados físicos de la persona como en el embarazo, lactancia o menstruación.

- 5) Comidas sociales: es una manera de desarrollar relaciones, muestra estatus, la gente ofrece comidas tradicionales, comidas succulentas para agradar a sus comensales.

Ogden (2005) señala que las personas le dan un significado a la comida, por ejemplo:

- a) La comida como afirmación del yo: la comida ayuda a conocer la identidad personal y procede como una comunicación interna, conflictos internos y el sentido del yo. La comida tiene una representación sexual, conflictos de culpa y placer, comer y negar y expresa autocontrol.
- b) Comida y sexualidad: se relaciona algunos alimentos con el sexo, ya que se asocian por ser impulsos básicos de supervivencia del individuo, ambos perduran en la vida de la persona y ambos son placenteros.
- c) Comer como conducta de negación: se refiere a que muchas mujeres tienen el control de preparar y proporcionar comida, pero se niegan al placer y satisfacción que esta otorga.
- d) Culpa que provienen de la comida placentera: muchos alimentos dulces como el chocolate y los postres son muy sabrosos pero causa culpa y sentimientos de vergüenza, sensación de complejo, desesperación y perversidad.
- e) La comida como autocontrol: se refiere al no comer como un acto de voluntad, disciplina y autocontrol.
- f) La comida como interacción social: es el momento para compartir con la familia, platicar con amigos o conocer a nuevas personas.

- g) La comida como amor: las mujeres demuestran amor y preocupación por sus seres queridos proporcionándoles alimentos sabrosos y saludables.
- h) La comida que genera placer es poco saludable: la mayoría de los alimentos altos en calorías o ricos en grasas malas son los más sabrosos pero nada saludables ya que contienen un pobre contenido nutritivo.
- i) La comida refleja relaciones de poder: en la mayoría de los casos las mujeres son las que le sirven a los hombres, los hombres reciben una porción mayor de comida o algún alimento especial.
- j) La comida como identidad cultural: la comida puede comunicar sobre la identidad de una persona, su cultura su religión y es una delimitación simbólica entre cultura y naturaleza.
- k) La comida como identidad religiosa: para muchas mujeres el proporcionar alimentos les manifiesta identidad, tradición y santidad.
- l) La comida como poder social: es un símbolo de status social, las personas con poder económico comen mejor que el resto de la gente, también el rechazo de la comida puede ser una manifestación ante un problema social.

2.5.1 Factores predisponentes individuales.

En este subtema se darán a conocer los factores individuales que predisponen al individuo a padecer un trastorno.

Costin (2003) afirma que es de suma importancia resaltar que los factores que se mencionan a continuación solo predisponen a padecer trastorno, mas no son

causantes del mismo. El primer factor es el problema con la autonomía, muchos jóvenes se encuentran constantemente preocupados por cumplir con las expectativas que tienen otras personas incluyendo a sus padres que esperan de ellos. Al tratar de comportarse adecuadamente según los ideales de sus padres, limitan al joven a desarrollar su pensamiento personal y los planteamientos propios de la etapa de desarrollo que está viviendo, esto le hace sentir que es poco eficiente dificultándole su capacidad de resolución ya que constantemente duda de si mismo.

Continuando con la autora, menciona que en la mayoría de los casos de jóvenes con trastornos alimentarios, están experimentando por un periodo de cambio de escuela, cambio de amigos del vecindario incluso la relación entre sus padres y el adolescente. En ocasiones los conflictos que se presentan para hacerle frente a los problemas hacen que la persona sea vulnerable a padecer un trastorno alimentario, tomando a su cuerpo como insignia y origen de autonomía, control, virtud personal e identidad.

Según el mismo planteamiento, el segundo factor es el déficit de autoestima, cuando la persona no se encuentra un parecido significativo con lo que considera ideal del concepto que presenta de ella misma, tiende a presentar un bajo nivel de autoestima. Esta sensación de baja autoestima que presenta el individuo se debe a que se juzga con base a las apariencias a partir de lo que otras personas consideran importante, provocara que el peso y la talla sean de gran esencial para poder elevar su autoestima. Estos jóvenes no conciben perder el control de las situaciones y les cuesta de gran manera crear soluciones ya que asumen que deben saber cómo

resolver las situaciones desde el comienzo, es por eso que recurren a la comida y al peso para controlarlo y crearse la ilusión de que son capaces de enfrentar acontecimiento que se les presente.

Para finalizar, Costin (2003) señala que el tercer factor es el miedo a madurar, ya que los trastornos alimentarios por lo regular se presentan en la pubertad, adolescencia y juventud por tal motivo, el individuo se encuentra experimentando por unas series de cambios físicos, sexuales, emotivos y sociales. Muchos jóvenes se perciben incapaces de sobrellevar estos cambios, sienten que no cuentan con los recursos o con alguien que los apoye para sobrellevarlos. La mayoría de los jóvenes con trastornos alimentarios presentan intolerancia a aceptar su nuevo cuerpo, el cual hace evidente que ya se ha dejado de ser niño, y también temen abandonar su pensamiento infantil.

2.5.2 Factores predisponentes familiares.

En este apartado se habla de los factores familiares que predisponen a la persona a padecer un trastorno alimentario.

Según Costin (2003), en ocasiones se afirma que la pobre comunicación que se tenga entre los integrantes de una familia puede ser causa de desarrollo de un trastorno alimentario. Cuando un miembro de la familia se ve afectado por un trastorno alimentario, genera una distorsión en el seno familiar provocando enojo, culpa, ansiedad, luchas de poder y una quebrantada comunicación. Sin embargo no se puede

dar por hecho de que por que una familia pase por una crisis ya se catalogue como familia patológica.

Se han encontrado algunas características familiares que influyen en la predisposición de algún trastorno alimentario por ejemplo: la falta de comunicación entre los integrantes de la familia, la sobreprotección de los padres hacia los hijos, régimen estricto, desorden de roles familiares como cuando la hija asume el rol de la madre, exageradas expectativas de los padres hacia los hijos, presencia de familiares con depresión y alcoholismo, presencia de casos de abuso sexual o físico.

De acuerdo con la autora, lo que no se puede ocultar en las familias, es que hacen evidentes los problemas sociales más amplios, o ideologías y actitudes en cada época social. Los integrantes de la familia ejecutan individualmente durante su desarrollo los valores aprendidos en el seno familiar. Así que el adolescente que creció bajo una importante y fuerte influencia por el cuidado del cuerpo, le será más complicado liberarse de ella. Da mucho a pensar como irán a ser los nuevos jóvenes al ser hijos de personas que pertenecen a una generación obsesionada con el peso y la imagen corporal.

2.5.3 Factores socioculturales

Enseguida se presentan los factores socioculturales que influyen en los trastornos alimentarios.

Costin (2003) menciona que uno de los principales factores influyentes es la presión social para ser delgada. El peso tiene valor muy importante dentro de la sociedad actual, la mujer que no es delgada tiende a padecer baja autoestima, ya que constantemente es bombardeada por los medios de comunicación presentando a la mujer delgada como la que alcanza el éxito, la que es feliz y la recibe admiración. El contexto sociocultural gratifica la delgadez y por otra parte presenta prejuicios hacia la obesidad. Es importante destacar que al hablar de un cuerpo ideal ya no es hablar de un cuerpo saludable sino de un cuerpo ideal para los estándares de la belleza.

Esta misma autora comenta que los trastornos de alimentación son más frecuentes en las clases sociales media y alta, y que las pocas pacientes de clase baja que presentan el trastorno, son aquellas que se encuentran en un ambiente cercano al a la clase antes mencionadas. Al inicio de siglo una mujer delgada no era atractiva, inclusive en algunos productos en el mercado prometían aumentar tallas. Sin embargo en estas últimas décadas la delgadez ha tomado gran auge, se piensa que entre menos pesada sea la mujer, más logros podrá obtener.

La sociedad actual hace hincapié en que la mujer debe ser físicamente atractiva. Los medios de comunicación sugieren que la fémina posea un cuerpo juvenil, casi subdesarrollado como el de una pubertad, para que no se note que envejezca y

siempre se vea fresca y joven. Con esta avalancha de estímulos negativos la mujer se vuelve más vulnerable a las críticas de la sociedad.

Costin (2003) señala que también la sociedad presiona fuertemente para que las mujeres sean súper mujeres, estas se caracterizan por tener una carrera, un cuerpo perfecto, debe tener un buen estatus social, debe formar un matrimonio impecable y si tiene hijos pues debe ser una madre ejemplar, y cuando la fémina no puede cumplir con eso pierde confianza en ella misma. Bajo esta presión social es que las jóvenes comienzan a llevar en acción dietas con la finalidad de ser atractivas y populares y así sentirse parte de la sociedad en la que viven.

Siguiendo con este planteamiento, otro de los juicios que también presionan son los emitidos hacia las personas obesas. Las personas juzgan sin tener información de que es la obesidad, no saben que los factores genéticos u otros factores pueden ser la causa no solo el comer más que los demás. Muchas personas creen que los obesos son los que están más propensos a morir, es por eso que muchas personas tienen un miedo intenso a engordar. La mayoría de las personas piensa que los obesos no tienen éxito con sus dietas por que son gente con poca fuerza de voluntad.

2.6 Percepción del cuerpo en el trastorno alimentario.

En el siguiente subtema se aborda el tema de la percepción corporal, dando a conocer algunas razones y consecuencias que trae esta percepción.

Los autores Jarne y Talam (2000) indican que los pacientes con trastornos alimentarios presentan una gran inconformidad con ellos mismos y con su cuerpo, pudiendo presentar con esto una baja autoestima. La imagen corporal es la presentación biográfica del propio cuerpo en la conciencia, por lo tanto cuando el paciente presenta una distorsión de la imagen corporal observan su cuerpo desde dos ámbitos, el cómo ven su cuerpo de manera consciente es decir sus proporciones, su forma, y la otra es como se siente y que actitudes presenta hacia el cuerpo que está mirando.

Belloch y cols. (1995) mencionan que las pacientes con anorexia presentan una distorsión de la imagen corporal, estas al verse al espejo se ven subidas de peso cuando en realidad están muy delgadas y demacradas. En la mayoría de las adolescentes que sufren este trastorno observa un retraso en su desarrollo sexual.

Estos pacientes también presentan insatisfacción corporal y Ogden (2005) afirma que es una apreciación alterada de la figura corporal percibiendo el cuerpo más grande o más robusto de lo que es en realidad. El individuo que presenta insatisfacción corporal tiene una imagen distorsionada de sí mismo, se ve con kilos de más cuando en realidad no los tiene, también presenta diferencia del ideal diciéndose que le gustaría ser menos robusto de lo que ya es mostrando una negativa de su cuerpo, señala no estar de acuerdo con el cuerpo que tiene.

Para resumir, “la insatisfacción corporal puede conceptualizarse como una discrepancia entre la percepción que tiene el individuo del volumen de su propio cuerpo y su volumen real; como la discrepancia entre la percepción de su volumen real y el volumen ideal o, simplemente como unos sentimientos de disconformidad con el volumen y la forma corporales” (Ogden; 2005: 100).

En continuidad con lo anterior, los factores sociales y los psicológicos son causales para la insatisfacción corporal. Dentro de los factores sociales se encuentra con influencia los medios de comunicación, estos muestran mujeres delgadas, ya sea en cine, televisión, periódicos, revistas, la delgadez se hace presente. El cuerpo delgado es el protagonista de todas las áreas de los medios de comunicación, así se anuncie un colchón, ropa, comida o cualquier otra cosa, el personaje que lo anuncia siempre es delgado. El cuerpo robusto por lo regular es icono de comicidad, burla y poco valor dentro de los medios comunicativos.

La cultura también es un factor importante que influye en la insatisfacción corporal, el carácter étnico y la clase social, indican que el solo pertenecer a una clase social alta, ser de tez blanca, negra o asiática puede tener una gran relación con presentar insatisfacción corporal. La familia es otro de los factores influyentes, sobre todo cuando la madre se encuentra insatisfecha con su cuerpo, transmite esa sensación a sus hijos inclinándolos a que ellos también presenten un descontento con sus propios cuerpos.

Siguiendo con Ogden (2005), afirma que las creencias también son influencia en la insatisfacción corporal, como la competitividad, los logros, triunfos materiales y la idea de que los hijos son el futuro de los padres. Hace mención también de que la relación madre e hija puede ser un factor influyente; el autor, junto con Steward, realizaron un estudio en donde observaron que cuando la madre de adolescente se encuentra inconforme con su cuerpo, trasmite esta insatisfacción a la joven haciendo que esta tampoco se sienta cómoda con su cuerpo.

Siguiendo con Ogden (2005), menciona que la insatisfacción corporal es más común en las mujeres trayendo como consecuencia que realicen estrictos regímenes de alimentación para perder peso ya sea por un periodo corto de tiempo e incluso lo realizan durante toda su vida. El ejercicio como la yoga, baile y la natación son parte de las actividades que realizan las mujeres con motivo de quemar calorías y bajar de peso.

También se encuentran las cirugías estéticas, que han tomado gran auge en estos tiempos como otra consecuencia más de la insatisfacción corporal. Las cirugías más comunes entre las mujeres son: la rinoplastia, la liposucción y los implantes mamarios.

En los hombres es menos común el sometimiento a regímenes estrictos de alimentación, ellos más bien practican algún deporte o acuden a un gimnasio. Generalmente los hombres muestran mayor inconformidad en tres áreas de su cuerpo, la parte abdominal de su cuerpo, brazos y pecho. La mayoría de ellos busca tonificarse

y aumentar su masa muscular. Principalmente los hombres que muestran tal inquietud son los homosexuales.

2.7 Factores que mantienen los trastornos alimentarios.

En este subtema se habla de las rutinas alimentarias que lleva el paciente en su vida diaria de manera perpetua llevándolo a no lograr sus objetivos, a continuación se dará a conocer por qué los pacientes se estancan en el trastorno.

Costin (2003) menciona que los pacientes con trastornos alimentarios realizan dietas de manera extensa, incesante y sin un fin, es por eso al hacerlo de forma perpetua no obtienen los resultados que esperan con respecto a su pérdida de peso. Las dietas son el factor principal para que el trastorno se mantenga ya que la mayoría de estas son de bajo contenido calórico por consiguiente afecta al cuerpo de manera física y emocional, baja las fuerzas y las energías de la persona, así como lo hace sentir triste, ansioso y con ánimo disminuido.

Siguiendo con el planteamiento, se señala que dentro de las transformaciones anímicas que causan las dietas, se han observado casos de personas que presentan depresión, se sienten pesimistas hacia su cuerpo, a hacer actividades nuevas y hacia su futuro. Así mismo se identificaron algunos casos de poca tolerancia en las personas, comportamientos de daños a ellos mismos y explosivos cambios de humor. También la apatía se ve aumentada en los pacientes mostrando poco interés en cualquier cosa que se les presente incluso descuidando si higiene personal.

La autora anterior señala que la mayoría de las personas sometidas a dietas estrictas son más irritables, negativas e incluso obsesivas aún después de regresar a una alimentación normal, con niveles calóricos un poco más altos. El autor afirma que estos síntomas son también presentados en pacientes obesos que son sometidos a dietas de pocas calorías.

Costin (2003) expresa que muchas pacientes con trastornos alimentarios tienden a hacer rituales con su comida mientras se alimenta, separan ciertos alimentos, los cuentan, observan como comen los personas que están a su alrededor, e incluso prefieren comer en solitario. También algunas mujeres abusan de las infusiones como té o café, así como también fuman para poder perder apetito.

De igual manera, la autora señala las transformaciones físicas que presentan los individuos sometidos a dietas estrictas, estos presentan las siguientes características: dolores de cabeza, son muy sensibles a la luz y a los ruidos, se quejan de acidez estomacal, constipación y diarrea, también presentan problemas visuales y auditivos, se les adormecen ya sea las manos o los pies, padecen de calambres, caída de cabello y aparición de bello fino áreas del cuerpo en donde no es común el bello, su metabolismo se hace lento, tiende a sentir demasiado frío, presentan bradicardia o taquicardia, en ocasiones en algunas mujeres se ausenta la menstruación, presenta debilidad física y deshidratación.

Es por eso que en muchas ocasiones los pacientes que realizan dietas restrictivas terminan realizando malos hábitos poniendo en riesgo su cuerpo y sometiéndolo a acostumbrarse a esos hábitos estancándolo en un peso y no logran su objetivo principal que es perder kilos.

2.8 Trastornos mentales asociados a los trastornos alimentarios.

En este apartado se darán a conocer los trastornos mentales que se pueden presentar dentro del trastorno alimentario.

Butcher y cols. (2007) indican que los trastornos de conducta alimentaria suelen asociarse con diversos problemas psiquiátricos. Estos autores mencionan a Steiger y Seguin, quienes afirman que se pueden hacer presentes también trastornos por abuso de sustancias dentro de la bulimia como en el subtipo compulsivo-purgativo de la anorexia nerviosa, aunque el tipo restrictivo de anorexia no es común que se asocie con el abuso de sustancias.

Por otra parte, los autores Jarne y Talarn (2000) indican que los trastornos alimentarios se hacen presentes poco o mucho en casi todos los trastornos psicopatológicos, sin embargo aparecen de forma episódica, rápida y apegada a la enfermedad base.

Los trastornos mentales asociados a los trastornos alimentarios son los siguientes:

Las alteraciones alimentarias son muy frecuentes en la esquizofrenia, la falta de relación social que tienen estos pacientes dan pie a que rechacen el alimento. También se observa la negación del alimento por la ideación delirante que presentan algunos esquizofrénicos a ser envenenados, esta idea aunque suele aparecer en etapas agudas puede permanecer en periodos muy largos de tiempo. La esquizofrenia crónica puede llegar a condicionar la aparición de alteraciones de ingesta alimentaria aberrante como la coprofagia o la ingesta de productos no comestibles, como tierra, madera o cabello. Los fármacos que consumen los pacientes esquizofrénicos en su mayoría les causan hambre por lo tanto presentan un cambio significativo de peso.

Siguiendo con los autores, cuando los pacientes que sufren manía en su fase crítica pueden estar bastante tiempo sin sentir la necesidad de consumir alimentos, aunque pidan una gran cantidad de comida no la terminan, comen un piquito de un plato y otro poquito de otro pero no logran terminar con sus alimentos. Por lo contrario en las fases hipomaníacas se puede presentar una ingesta de comida excesiva.

Estos mismos autores también mencionan las fobias, indican que los trastornos alimenticios no se relacionan a estos exceptuando a las fobias que tienen que ver con la acción de deglutir o a ciertos alimentos. Es más peligroso cuando el enfermo no come por miedo a morir asfixiado o al sentir que son incapaces de deglutir tanto alimentos sólidos como líquidos. También se presentan los trastornos ansiosos, estos en sus niveles agudos pueden causar ausencia de apetito de intensidad moderada, pero en su curso crónica la falta de apetito puede ser persistente causando una

pérdida de peso considerable. Los pacientes ansiosos con el paso del tiempo pueden llegar a desarrollar erróneos hábitos de alimentación.

Por último, se menciona el trastorno obsesivo-compulsivo, en donde ocasionalmente se puede observar en el paciente una particular lentitud al comer, escoge los alimentos de forma meticulosa y puede mostrar también duda y compulsividad. Las de poca higiene y contaminación en los alimentos se hacen presente en este trastorno.

2.9 Tratamiento de los trastornos alimentarios.

A continuación se dará a conocer los distintos tratamientos que se usan en el paciente con anorexia nerviosa.

El tratamiento que se les brinda a estos pacientes es multidisciplinario, en donde interviene un médico, enfermeras, psicólogo, psiquiatra, nutriólogo y en ocasiones un entrenador físico.

Jarne y Talarn (2000) indican que en el tratamiento de la anorexia nerviosa existen varios tipos de tratamientos:

- A) La recuperación ponderal: Es regularizar el peso del paciente y la mejora de su ingesta nutricional.
- B) El tratamiento dietético: en este tratamiento la joven anoréxica inicia con una dieta de contenidos calóricos normales, o bien comienza con elementos bajos

en calorías y sucesivamente se le van aumentando los niveles calóricos en su nueva alimentación.

- C) El tratamiento Psicológico: en este tratamiento es suma importancia en la recuperación de la paciente, aunque las jóvenes en la etapa donde se encuentran con muy bajo peso y mal alimentados, suelen rehusarse a cumplir promesas que acuerdan con el terapeuta. Así mismo la terapia de refuerzo, las técnicas de relajación y sesiones psicoeducativas ayudan a que la paciente no tenga un sentimiento de que solo está en tratamiento para recuperar peso. También se encuentra la terapia cognitivo-conductual en donde se muestran un grupo de conductas fortificadas por los elementos del ambiente que recompensan la delgadez y estímulos aversivos que proporcionan ansiedad.
- D) El tratamiento farmacológico: En este tratamiento se asocia la depresión es por eso que se utilizan varios medicamentos.
- E) La terapia familiar: La familia debe contar con una amplia información del trastorno, para que conozcan las dificultades físicas y algunos cambios de conducta de su familiar afectado.

Rausch (1997) afirma que la familia puede influir en la disminución de los síntomas y dan opciones saludables para salir del trastorno a su miembro enfermo. En el tratamiento la familia debe de contar con sus roles bien definidos para lograr buenos resultados, se debe tener una absoluta confianza entre los integrantes de esta. El respeto por el sufrimiento que padece su integrante y los sentimientos que afloran dentro del núcleo familiar forman una alianza terapéutica. Este tratamiento debe ser específico, claro y concreto sin importar lo difícil que el trastorno sea.

Existe también la terapia hospitalaria y la terapia ambulatoria. La terapia hospitalaria consiste según Jarne y Talarn (2000) en que cuando las complicaciones del paciente son graves, por ejemplo, que presente alguna infección, un desequilibrio metabólico, una descompensación cardiovascular o alguna patología abdominal severa, el paciente debe ser hospitalizado. Aquí el cuerpo médico se encarga del paciente.

El tratamiento ambulatorio consiste, según Rausch (1997), en internar por un periodo corto de tiempo, es decir, unas cuantas horas en el hospital, esto con el afán de que tanto el paciente como la familia reciban la atención y la información adecuada, ya que muchos de los progenitores que tienen hijas con este trastorno, no se sienten seguros con el diagnóstico dado.

Rausch (1997) también menciona que dentro del tratamiento de la anorexia nerviosa se encuentran los grupos de apoyo que son manejados por profesionales que tienen como objetivo brindar soporte al paciente cuando este no cuenta con uno en su entorno familiar.

En la bulimia nerviosa el tratamiento consiste según Jarne y Talarn (2000) en:

- A) Adecuar su ingesta alimenticia.
- B) Recuperación física que incluye, establecer un peso adecuado, rehidratación y normalización de electrolitos, corrección de dificultades físicas como el reflujo

gastroesofágico, erosión de la mucosa digestiva, dilatación gástrica, daño en el esmalte dental y la inflamación parótida.

- C) Normalizar el estado mental del paciente: mejorando su estado de ánimo, tratar posibles trastornos de personalidad si estos se presentan, omitir el abuso de sustancias, corregir el estilo cognitivo equivocado; por último,
- D) Reintegrar las relaciones familiares adecuadamente, aumentando la participación de los miembros de la familia, incrementar la comunicación entre ellos y reestablecer roles y patrones.

En el presente capítulo se pudo apreciar la variedad de causas, síntomas y opciones de tratamiento de los trastornos alimenticios, con lo cual se concluye el marco teórico. Como parte final, enseguida se exponen los pormenores metodológicos que permitieron concluir el trabajo de investigación.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En el presente capítulo se mostrarán los recursos que fueron utilizados en esta investigación: se mencionará el enfoque de la indagación, así como el diseño, tipo de estudio y el alcance de investigación; las técnicas de recolección de datos utilizadas, la muestra y población con la que se trabajó.

Adicionalmente, se presentarán los principales resultados de la investigación, haciendo el análisis correspondiente para llegar a la conclusión del estudio.

3.1 Descripción metodológica.

En el siguiente apartado se muestra la metodología que respalda la investigación de campo de esta tesis, la cual tiene como variables de estudio la autoestima y los trastornos alimentarios. La investigación se realizó con base en el enfoque cuantitativo, siendo este el propicio para llegar a obtener el resultado que se buscaba obtener.

Hernández y cols. (2014) señalan que en el marco de la investigación científica han existido dos grandes enfoques: el cualitativo y el cuantitativo; aunque estos son diferentes entre sí, comparten las siguientes características:

1. Realizan observación y evaluación de fenómenos.
2. Indican el nivel en que las suposiciones o ideas se fundamentan.
3. Examinan dichas suposiciones o ideas sobre la base de análisis o pruebas.

Cabe mencionar que aunque las aproximaciones cualitativas y cuantitativas comparten estrategias generales, también poseen sus propias características.

3.1.1 Enfoque cuantitativo.

La presente investigación, en función de los objetivos formulados en un inicio, tomó como enfoque indagatorio el cuantitativo. Varias de las cualidades metodológicas corresponden con las enunciadas por Hernández y cols. (2014). A continuación se muestran algunas de las que se consideraron en la presente indagación.

- Muestra una necesidad de medir y estimar las dimensiones de los fenómenos o complicaciones de la investigación, saber cada cuanto se presentan y con qué magnitud.
- La persona que realiza la investigación propone un problema de estudio delimitado y concreto con respecto a un fenómeno presente.
- Cuando el investigador tenga listo su problema de estudio, debe tomar en cuenta lo que investigó anteriormente y construir un marco teórico, en el cual presenta una o varias hipótesis, las cuales someterá a prueba por medio de los diseños de investigación apropiados. Si la hipótesis se corrobora por medio

de los resultados o es congruente con estos, obtiene evidencia a su favor; si se contradicen, los resultados se descartan, dándole paso a nuevas hipótesis y a mejores explicaciones. Si las hipótesis son apoyadas se crea una confianza en la teoría que las sustenta, de lo contrario las hipótesis serán rechazadas y posteriormente, la teoría también.

- Se fundamenta la recolección de datos por medio de la medición. La recolección se efectúa al utilizar procedimientos estandarizados y aprobados por una comunidad científica. Debe demostrarse que se efectuaron tales procesos para que la investigación sea aceptada y creíble para otros investigadores, ya que deben poder observarse los fenómenos estudiados.
- Como los datos son medibles, se representan por medio de números y deben ser analizados con métodos estadísticos.
- Gracias a las predicciones iniciales o hipótesis y a la teoría, los análisis cuantitativos son interpretados.
- Se debe presentar una investigación cuantitativa lo más objetiva posible. El investigador no debe manipular o influir por medio de creencias, deseos y temores en los fenómenos que se miden o se observan.
- Se sigue un patrón estructurado y predecible en los estudios cuantitativos; antes de recolectar datos, se hacen las críticas sobre el método.
- En este enfoque, si el proceso se lleva rigurosamente de acuerdo con reglas lógicas específicas, los datos que se generen cuentan con los estándares de validez y confiabilidad, y las conclusiones procedentes contribuirán a generar conocimiento.

- La aproximación se apoya de la lógica o razonamiento deductivo, que parte de la teoría y de esta se provienen hipótesis que el investigador pone a prueba.

3.1.2 Investigación no experimental.

En este subtema se da a conocer en qué consiste la investigación no experimental, que es el diseño que se siguió en el presente estudio.

Según Hernández y cols. (2014), en la investigación no experimental las variables se observan en su ambiente natural, sin ser manipuladas por el investigador, es decir, que no se hace variar de manera intencionada las variables independientes para ver su efecto en otras. Lo que se lleva a cabo en el enfoque no experimental, es la observación del fenómeno tal como se presenta de forma natural para analizarlo.

En el estudio no experimental se observan realidades que ya existen, no provocadas para la investigación que se pretende realizar. No se cuenta con un control ni con influencia sobre las variables, puesto que estas ya sucedieron, así como también sus efectos.

La investigación no experimental se comprende como un inicio de varios estudios cuantitativos, como los estudios después de los hechos, las encuestas de opinión y los prospectivos y los retrospectivos.

3.1.3 Diseño trasversal.

En este apartado se explica en que consiste el diseño trasversal, que fue el que se aplicó en la presente investigación.

Varios autores dan a conocer diferentes criterios para catalogar la investigación no experimental. Los autores Hernández y cols. (2014) mencionan algunas maneras de clasificar la investigación, ya que por su duración temporal, momentos o puntos en el tiempo en los cuales se hace la recolección de datos, en ciertas ocasiones la investigación se puede presentar en:

- a) Señalar y determinar cuál es la relación entre un grupo de variables en un momento determinado. En otras ocasiones, la investigación se enfoca en
- b) El estudio del progreso de una o más variables o las relaciones que se existan entre ellas, o bien,
- c) Examina los cambios que va teniendo con el tiempo un evento, proceso, comunidad, contexto o fenómeno.

Los autores antes mencionados puntualizan que los diseños de investigación trasversal hacen la recolección de datos en un tiempo y en un momento único, ya que tienen como propósito describir variables y hacer el análisis de su incidencia e interrelación en un momento específico.

Dichos diseños hacen una descripción de las relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinante.

3.1.4 Alcance correlacional.

Esta investigación se realizó con un alcance correlacional, el cual se explica a continuación.

Siguiendo con Hernández y cols. (2014), en el alcance correlacional se asocian variables por medio de un patrón que es predecible para un grupo o población. Con este alcance, se intenta responder preguntas de investigación, estando estas en un contexto específico. En los estudios correlacionales, para que el grado de asociación sea evaluado entre dos o más variables, primero son medidas cada una de estas, posteriormente se cuantifican, se analizan y se hacen las vinculaciones. Estas correlaciones son sustentadas con hipótesis que se someten a prueba.

El estudio correlacional tiene como principal utilidad es saber cómo se puede comportar una variable o un concepto cuando conoce el comportamiento de otras variables vinculadas. Pretende pronosticar una aproximación del valor que tendrá un grupo de personas o de casos en una variable, a partir del valor tenga en las variables relacionadas.

En el caso de que dos variables se encuentren correlacionadas y se conozca la magnitud de la asociación, se cuenta con bases para presagiar, con alto o bajo grado de exactitud, el valor aproximado con el que contará un grupo de personas en una variable, al saber qué valor posee en la otra.

En el mismo sentido, se menciona que los estudios correlacionales se diferencian de los descriptivos mayormente en que, mientras que estos últimos se enfocan en medir con cierta precisión las variables individuales, los primeros califican, de manera más exacta que sea posible, el grado de vinculación entre dos o más variables, pudiendo incluir varios pares de evaluaciones de esa naturaleza en una misma indagación.

En alguna medida, la investigación correlacional cuenta con un valor explicativo, aunque es parcial, puesto que con el hecho de saber que dos variables o conceptos tienen relación, aporta alguna información explicativa. La investigación correlacional puede presentar riesgo de correlaciones falsas, se puede dar el caso en que dos variables aparentemente estén relacionadas, y que en realidad no sea así, a esto se le conoce en el marco de la investigación como correlación espuria.

3.1.5 Técnicas de recopilación de datos.

A continuación se dan a conocer las diferentes técnicas que se utilizaron para la recopilación de datos.

Las dos pruebas que se utilizan en esta investigación fueron elegidas dado que por su diseño y características de recolección de datos, cumplen adecuadamente con el objetivo que se tiene para esta tesis.

Hernández y cols. (2014) mencionan que actualmente se presenta una gran gama de pruebas de investigación e inventarios elaborados por diferentes investigadores para medir infinidad de. Las pruebas cuentan con su propia aplicación, codificación e interpretación, estas se pueden encontrar a disposición en diferentes fuentes secundarias y terciarias, también se encuentran en centros de investigación y difusión del conocimiento.

Es importante que en la indagación se utilice como instrumento de medición una prueba que haya sido estandarizada, se sugiere que se elija una prueba desarrollada o adaptada por algún investigador en el mismo contexto que la investigación que se está desarrollando, es igual de importante que la prueba sea válida y confiable.

En la presente indagación se tomó como instrumento de medición para la variable autoestima el Inventario de Autoestima de Coopersmith. Es una escala de auto-reporte de 58 ítems, en el cual el sujeto lee una sentencia declarativa y luego decide si esa afirmación es “igual que yo” o “distinto a mí”. El inventario está referido a la percepción del estudiante en cuatro áreas: autoestima general, social, hogar y padres, escolar académica y una escala de mentiras de ocho reactivos (Brinkmann y cols.; 1989).

Este instrumento fue traducido, estandarizado y validado por Prewitt-Díaz en 1998 para la población de Latinoamérica, obteniendo los índices de confiabilidad suficientes que la hacen una escala confiable y válida para evaluar este fenómeno.

Para la variable factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios, se utilizó la Escala de Trastornos Alimentarios (EDI 2), en esta investigación se considera como puntajes de esta variable los obtenidos por el sujeto en el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI 2), del autor David M. Garner (1998). Este instrumento está conformado por once escalas que representan los principales síntomas que normalmente acompañan a la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Enseguida se describe cada una, desde la perspectiva del autor:

- Escala 1. Obsesión por la delgadez: Este constructo fue elaborado por Bruch (1973, 1982), quien describió la obsesión por la delgadez o la “búsqueda incesante de la delgadez”. Los elementos de esta escala se refieren a la preocupación por el peso, las dietas y el miedo a engordar.
- Escala 2. Bulimia: Elaborada por Pyle, Halvorson Neuman y Mitchell (1986) Evalúa la tendencia a tener pensamientos o a darse comilonas o atracones de comida incontrolables. La presencia de este tipo de conductas es una característica distintiva de la BN y permite diferenciar entre los dos tipos de anorexia: bulímico y restrictivo.
- Escala 3. Insatisfacción Corporal: En esta escala se mide la insatisfacción del sujeto con la forma general de su cuerpo o con las de aquellas partes del

mismo que más preocupan a los que padecen trastornos de la conducta alimentaria (estómago, caderas, muslos, nalgas, entre otras partes).

- Escala 4. Ineficacia: Evalúa sentimientos de incapacidad general, inseguridad, vacío, autodesprecio y falta de control sobre la propia vida. Bruch (1962, 1973) describió en un principio el “sentimiento abrumador de ineficacia” como la perturbación subyacente a los trastornos de la conducta alimentaria.
- Escala 5. Perfeccionismo: Esta escala mide el grado en que el sujeto cree que sus resultados personales deberían ser mejores. Los elementos de esta escala evalúan en qué grado el sujeto cree que sólo son aceptables niveles de rendimiento personal excelentes y está convencido de que los demás (padres, profesores, por ejemplo) esperen de él resultados excepcionales.
- Escala 6. Desconfianza Interpersonal: Esta escala evalúa el sentimiento general de alienación del sujeto y su desinterés por establecer relaciones íntimas, así como la dificultad para expresar los propios sentimientos y pensamientos.
- Escala 7. Conciencia Introceptiva: Evalúa el grado de confusión o dificultad para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales y se relaciona también con la inseguridad para identificar ciertas sensaciones viscerales relacionadas con el hambre y la saciedad.
- Escala 8. Miedo a la Madurez: Evalúa el deseo de volver a la seguridad de la infancia. El paciente piensa que esta regresión le puede proporcionar alivio frente a la confusión de la adolescencia y los conflictos familiares.

- Escala 9. Ascetismo: Mide la tendencia a buscar la virtud por medio de ciertos ideales espirituales como la autodisciplina, el sacrificio, la autosuperación y el control de las necesidades corporales.
- Escala 10. Impulsividad: Evalúa la dificultad para regular los impulsos y la tendencia al abuso de drogas, la hostilidad, la agitación, la autodestrucción y la destrucción de las relaciones interpersonales.
- Escala 11. Inseguridad Social: Mide la creencia de que las relaciones sociales son tensas, inseguras, incómodas, insatisfactorias y, generalmente, de escasa calidad.

3.2 Descripción de la población

En el siguiente apartado se da a conocer el tipo de población que fue elegido para llevar a cabo esta investigación.

La población son todas las unidades de análisis que comparten características similares. La población se delimita cuando ya se tiene determinado cual será la unidad de análisis que se estudiará y la que se proyecta para generalizar los resultados. (Hernández y cols.; 2014).

La presente indagación tomó la participación de 120 alumnos adolescentes de entre 12 y 15 años, entre ellos, hombres y mujeres de la secundaria del Instituto

Educativo Arquímedes, ubicado en la calle Crepúsculo número 12, en el fraccionamiento Sol Naciente, de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Los alumnos están organizados de la siguiente manera:

- Primer grado de secundaria: 14 mujeres y 24 hombres, de 12 y 13 años de edad.
- Segundo grado de secundaria: 24 mujeres y 24 hombres, de 12 y 13 años de edad.
- Tercer grado de secundaria: 21 mujeres y 16 hombres, de 14 y 15 años de edad.

3.3 Descripción del proceso de investigación

Para poder iniciar con la investigación, fue elegido un tema de interés para la investigadora, se buscaron antecedentes sobre el tema, y fue entonces como se decidió elaborar una investigación de tipo cuantitativo, dirigida a establecer relación entre la autoestima y los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios en alumnos de secundaria.

En México existe una gran problemática acerca de los trastornos alimentarios en los adolescentes, entre los más conocidos están la anorexia y la bulimia. Es alarmante como la distorsión de la autoimagen se presenta cotidianamente en los jóvenes.

En la etapa de la adolescencia, los jóvenes pasan por cambios físicos y hormonales que hacen que su autoestima este en un constante cambio en busca de una identidad propia.

Como objetivo general se buscó Identificar la relación existente entre los factores psicológicos de los trastornos alimentarios y la autoestima. Se buscó mostrar si la relación entre la autoestima y los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios, es significativa en los alumnos de la secundaria del Instituto Arquímedes, de Uruapan, Michoacán.

Los instrumentos que se utilizaron en esta indagación fueron: el test de autoestima de Coopersmith (referido por Brikmann y cols.; 1989) y la escala de trastornos alimentarios (EDI 2) del autor David M. Garner (1998).

Una vez elegida, la población se procedió a ponerse en contacto en la directora de la secundaria, la Lic. en Psicología Andrea Equihua, quien muy amablemente permitió que sus alumnos formaran parte de la presente investigación. La directora comentó que le sería útil tanto a ella como a la institución esta indagación, ya que ella observaba conductas de baja autoestima y trastornos alimentarios en los educandos, y con el presente trabajo ella podía darse cuenta como se encontraban sus alumnos en ese momento con respecto a las variables de esta indagación.

La aplicación de los tests se llevó a cabo en horario matutino, el viernes 31 de octubre del año 2017, en los salones de cada grado y grupo, todos sentados en sus

butacas y solo en dos salones se contó con el apoyo de los profesores para establecer orden entre los alumnos. La aplicación no fue muy sencilla, puesto que la secundaria comparte edificio con la primaria, cuya comunidad se encontraba realizando un festival, por lo que los alumnos encuestados se encontraban inquietos por salir a dicho evento.

A cada alumno se le entregó la copia con las preguntas del primer cuestionario que fue el de autoestima, se les leyeron las indicaciones y posteriormente las preguntas, estas fueron leídas por la investigadora de manera clara, a tiempo moderado y en voz fuerte, sin embargo, los jóvenes cuestionaban las indicaciones, constantemente pedían que se les repitieran las preguntas y hacían juego o burla de algunas de ellas.

Cuando se les entregó el segundo cuestionario, se repetía la dinámica de indicaciones y lectura de preguntas, así como los alumnos preguntando y haciendo juegos y burlas con las preguntas. Afortunadamente a la mayoría de los alumnos les resultaron interesantes los cuestionarios y los contestaron correctamente, sin importar el ligero desorden que algunos de los alumnos ponían en el ambiente. Cabe mencionar que en los tres grados se presentó ese fenómeno con las preguntas, pero los alumnos de tercer grado fueron los más ordenados y atentos ante las preguntas y en sus respuestas.

Una vez contestados los instrumentos por los alumnos, se realizó la calificación; para el primer test, que fue de autoestima de Coopersmith, se utilizó la planilla

indicada, en la cual se califican con 2 puntos las respuestas marcadas; se sumaron los puntajes para obtener un indicador de la apreciación global que los sujetos encuestados tuvieron de sí mismos.

En el test EDI 2 se calificó con la planilla correspondiente, se identificaron los valores de cada respuesta en función de la planilla y posteriormente, se sumaron las puntuaciones. El siguiente paso fue buscar los percentiles de acuerdo con el baremo que contiene las 11 escalas en un rango del 0 al 30.

Posteriormente, los datos fueron vaciados en una matriz en hoja de cálculo que contenía el nombre de los alumnos, las escalas de los dos tests y los puntajes obtenidos de cada uno de ellos. A partir de los datos obtenidos, se procedió al análisis estadístico de la información y a su interpretación.

3.4 Análisis e interpretación de resultados

Enseguida se presentan los resultados obtenidos y su posterior análisis. Para brindar un análisis más claro de la información, se dividieron los resultados en las siguientes categorías: nivel de autoestima en los adolescentes, factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios en los adolescentes y la relación entre la autoestima y los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios.

3.4.1 La autoestima en los alumnos del Instituto Arquímedes

La autoestima es para Alcántara (1990) la actitud que las personas tienen hacia ellos mismos, como su forma de pensar, de sentir y de comportarse consigo mismos, así como la habilidad con la que se enfrenta a su persona.

Este autor también afirma que la naturaleza de la autoestima es consciente y dinámica, que en ocasiones puede estar débil, dañada, incluso destruida, pero también puede encontrarse fuerte y elevada.

Respecto a los resultados obtenidos a partir de la aplicación de la prueba Inventario de autoestima de Coopersmith, se muestra en puntaje T, tanto el nivel de autoestima total como el de las distintas subescalas.

La media en el nivel de autoestima general fue de 44. La media según Elorza (2007) es la sumatoria de un grupo de datos que se divide entre el número de medidas.

De igual modo, se obtuvo la mediana, que de acuerdo con Elorza (2007) es el valor medio de un grupo de valores enlistados: el punto abajo y arriba del cual se obtiene un número igual de medidas. Este valor fue de 44.

De acuerdo en el mismo autor, la moda es la medida que se presenta con más frecuencia en un conjunto de observaciones.

También se obtuvo el valor de una medida de dispersión, específicamente de la desviación estándar, la cual de acuerdo con Elorza (2007) es la raíz cuadrada que se obtiene de la suma de las desviaciones al cuadrado de una población, dividida entre el total de observaciones. El valor obtenido en la escala de autoestima general es de 9.

Por otra parte, se obtuvo el puntaje de la subescala de autoestima social, encontrando una media de 47, una mediana de 44 y una moda representativa de 44. La desviación estándar fue de 9.

Asimismo, en la escala de autoestima escolar se encontró una media de 52, una mediana de 50 y una moda de 50. La desviación estándar fue de 12.

Adicionalmente, en la escala de autoestima en el hogar se obtuvo una media de 47, una mediana de 47 y una moda de 52. La desviación estándar fue de 11.

Finalmente, se obtuvo el puntaje de autoestima total, encontrándose una media de 44, una mediana 45, una moda de 42 y una desviación estándar de 10.

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

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

En la escala de autoestima general, el 25% de los sujetos se ubicaron por debajo de T 40; en la subescala de autoestima social el porcentaje de sujetos es de 20%; mientras que en la subescala de autoestima escolar es de 14%; el porcentaje de sujetos con puntajes por debajo de T 40 en la subescala autoestima en el hogar es de 26 %. Finalmente, el porcentaje de sujetos con nivel bajo de autoestima total es de 27%. Estos resultados se aprecian de manera gráfica en el anexo 2.

Los resultados mencionados anteriormente indican que los porcentajes se encuentran en un rango que no es preocupante, sin embargo, la escala de autoestima escolar resulto más baja, por lo tanto, es a la que se le debe tomar más atención.

3.4.2 Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.

De acuerdo con lo señalado por el DSM-IV (APA; 2002), la anorexia nerviosa se conforma por las siguientes características principales que presenta el paciente afectado del trastorno: fuerte temor a subir de peso y una importante alteración de cómo perciben el volumen de su cuerpo. Las personas afectadas procuran conservar un peso corporal inferior al nivel indicado como normal mínimo, con respecto a su edad y talla. En el caso de las mujeres, en el ámbito hormonal, aunque ya experimentaran la menarquia, pueden padecer amenorrea.

Los pacientes inmersos en este trastorno, por lo general, se alejan de los alimentos que contienen una fuerte carga de calorías, proporcionándose así una dieta sumamente estricta, poco saludable. Otra opción que aplican para lograr la pérdida de peso son: las purgas, los laxantes, diuréticos, ejercicios exagerados e incluso la inducción del vómito.

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

- 1) En la escala de obsesión por la delgadez se obtuvo una media de 55, una mediana de 51, una moda de 32 y una desviación estándar de 28.
- 2) En la escala de bulimia se obtuvo una media de 66, una mediana de 69, una moda de 47 y una desviación estándar de 23.

- 3) En la escala de insatisfacción corporal se obtuvo una media de 56, una mediana de 56, una moda de 56 y una desviación estándar de 23.
- 4) En la escala de ineficacia se cuantificó una media de 65, una mediana de 69, una moda de 32 y una desviación estándar de 26.
- 5) En la escala de perfeccionismo se determinó una media de 65, una mediana de 76, una moda de 0 y una desviación estándar de 32.
- 6) En la escala de desconfianza interpersonal se obtuvo una media de 62, una mediana de 73, una moda de 80 y una desviación estándar de 28.
- 7) En la escala de conciencia introceptiva se estableció una media de 57, una mediana de 66, una moda de 0 y una desviación estándar de 29.
- 8) En la escala de miedo a la madurez se obtuvo una media de 70, una mediana de 82, una moda de 94 y una desviación estándar de 30.
- 9) En la escala de ascetismo se cuantificó una media de 57, una mediana de 60, una moda de 40 y una desviación estándar de 30.
- 10) En la escala de impulsividad se obtuvo una media de 57, una mediana de 59, una moda de 36 y una desviación estándar de 30.
- 11) En la escala de inseguridad social se determinó una media de 67, una mediana de 80, una moda de 0 y una desviación estándar de 29.

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 alimentarios.

En la escala de obsesión por la delgadez, el 34% de sujetos se encuentra por arriba del percentil 70; en la escala de bulimia, el porcentaje fue de 43%; en la de insatisfacción corporal, el 27%; en la de ineficacia, el 44%; en la de perfeccionismo, el 50%; en la que respecta a la desconfianza interpersonal, 47%; en la conciencia introceptiva, 37%; respecto a la de miedo a la madurez, 65%; en la de ascetismo, 38%; en la impulsividad, 37% y finalmente, en la escala de inseguridad social, el 54%. Estos datos se pueden observar gráficamente en el anexo 4.

En función de los datos anteriores, se puede afirmar que los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios se encuentran con porcentajes poco elevados, sin embargo, existen tres escalas que resultaron más altas: perfeccionismo, miedo a la madurez e inseguridad social. Estas tres escalas son las que se deban de tomar con más vigilancia, ya que son las más preocupantes.

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. Alcántara (1990) y Carrión (2007), que hablan sobre la

autoestima, sus características y de cómo se presenta esta en la edad adolescente. Y por el lado de los trastornos alimentarios, se presenta a Jiménez (1997) y a Costin (2003), quienes también dan características y ejemplos de cómo se presentan los trastornos alimentarios en los jóvenes.

La investigación que se realizó en los alumnos de secundaria de del Instituto Arquímedes de la ciudad de Uruapan, Michoacán, se encontraron los siguientes resultados:

Entre el nivel de autoestima y la escala de obsesión por la delgadez existe un coeficiente de correlación de -0.03 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre la autoestima y la escala de obsesión por la delgadez existe una ausencia de correlación de acuerdo con la clasificación de correlación que señalan Hernández y cols. (2014).

Para conocer la influencia que existe entre el nivel de autoestima y la escala de obsesión por la delgadez, se consiguió la varianza de factores comunes (r^2), donde mediante un porcentaje, se indica el grado en que las variables se encuentran correlacionadas. Para obtener esta varianza solo se eleva al cuadrado el coeficiente de correlación obtenido mediante la “r” de Pearson (Hernández y cols.; 2014).

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.00, lo que significa que entre la autoestima y la escala de obsesión por la delgadez no hay relación.

Entre el nivel de autoestima y la escala de bulimia, existe un coeficiente de correlación de -0.05, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre estas variables hay una ausencia de correlación. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.00 lo que significa que entre la autoestima y la escala de bulimia no hay relación.

Entre el nivel de autoestima y la escala de insatisfacción corporal existe un coeficiente de correlación de -0.26 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre estas variables existe una correlación negativa débil. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.07, lo que significa que entre la autoestima y la escala de insatisfacción corporal hay una relación de 7%

Entre el nivel de autoestima y la escala de ineficacia existe un coeficiente de correlación de -0.20 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre estas variables existe una correlación negativa débil. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.04, lo que significa que entre la autoestima y la escala de ineficacia hay una relación de 4%.

Entre el nivel de autoestima y la escala de perfeccionismo existe un coeficiente de correlación de -0.03 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre dichas variables no existe correlación. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.00, lo que significa que entre la autoestima y la escala de perfeccionismo no hay relación.

Entre el nivel de autoestima y la escala de desconfianza interpersonal existe un coeficiente de correlación de -0.00, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto implica que entre estos atributos 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 la escala de Desconfianza interpersonal hay una relación de 0%.

Entre el nivel de autoestima y la escala de conciencia introceptiva existe un coeficiente de correlación de -0.05 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre tales variables 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 la escala de Conciencia Introceptiva hay una relación de 0%

Entre el nivel de autoestima y la escala de miedo a la madurez existe un coeficiente de correlación de -0.04 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre dichos atributos 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 la escala de miedo a la madurez hay una relación de 0%.

Entre el nivel de autoestima y la escala de ascetismo existe un coeficiente de correlación de -0.17 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre las variables 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 escala de ascetismo hay una relación de 3%

Entre el nivel de autoestima y la escala de impulsividad existe un coeficiente de correlación de -0.10 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto implica que entre estas 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 la escala de Impulsividad hay una relación de 1%.

Entre el nivel de autoestima y la escala de inseguridad social existe un coeficiente de correlación de -0.03 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto denota que entre las variables 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 la escala de Inseguridad social hay una relación de 0%.

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

En función de lo anterior, se puede afirmar que el nivel de autoestima se relaciona de forma no significativa con las escalas del instrumento aplicado. En función de los resultados presentados, se confirma la hipótesis nula para todas las escalas del instrumento EDI-2, que fue utilizado en la investigación presente.

CONCLUSIONES

Los objetivos particulares de carácter teórico, referidos a la variable autoestima, fueron alcanzados en el capítulo 1. En este se describe la naturaleza de la autoestima, sus principales características y las aportaciones conceptuales actuales.

Por su parte, los objetivos particulares de índole teórica, referidos al concepto de factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios, fueron abordados con suficiencia en el capítulo 2. Ahí se describen los principales aspectos relacionados con la naturaleza del presente estudio.

Asimismo, el objetivo particular de campo referido a la medición de la variable autoestima, se cumplió con la administración del test de Coopersmith. Tal instrumento se aplicó a la población planeada al inicio del estudio.

De igual manera, la cuantificación de la segunda variable del estudio, es decir, los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios, se efectuó mediante la aplicación del test denominado EDI 2. Con esto se cumplió con el objetivo particular número 9.

El logro de los objetivos particulares, tanto de carácter conceptual como de carácter empírico, permitió cubrir el objetivo general que guio la presente investigación.

La hipótesis nula se corroboró por medio de los resultados obtenidos en el caso de la relación entre la autoestima y todas las escalas del instrumento EDI- 2.

Es necesario enfatizar que los resultados son aplicables únicamente a los sujetos que participaron en el estudio, es decir, a los alumnos de secundaria del Instituto Arquímedes de la ciudad de Uruapan, Michoacán. No se pueden extrapolar a estudiantes del mismo nivel educativo, en otras instituciones.

Es importante subrayar que como hallazgos significativos, se encontró que la escala de autoestima total resulta ser la más elevada. En el caso de la segunda variable, es decir, el caso del trastorno alimenticio, es importante mencionar que los porcentajes no significan una alerta institucional o familiar.

La investigación efectuada posee valor en el ámbito de la disciplina psicológica, ya que conduce a resultados en contexto en el cual se habían realizado pocas en ese sentido. Por la anterior, se asume que ofrecerá información relevante para futuras investigaciones que se efectúen en este contexto.

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.

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

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

Branden, Nathaniel. (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; Cledes, Harris; Bean, Reynold. (2000)
Cómo desarrollar la autoestima en los adolescentes.
Editorial Debate. Madrid, España.

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

- Crozier, Ray W. (2001)
Diferencias individuales en el aprendizaje.
Editorial NARCEA, S.A. de Ediciones. Madrid, España.
- Elorza Pérez-Tejada, Aroldo. (2007)
Estadística para las ciencias sociales, del comportamiento y la salud.
Editorial Cengage Learning. México.
- 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. (2014).
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 test de autoestima escolar
Ediciones Universidad Católica de Chile, Santiago.
- Ogden, Jane. (2005)
Psicología de la alimentación.
Ediciones Morata. España.
- Rausch Herscovici, Cecile. (1997)
Anorexia y bulimia: amenazas a la autonomía.
Editorial Paidós. Argentina.

UNICEF. (1999)
Taller de salud sexual y reproductiva para madres y embarazadas adolescentes.
Propuesta metodológica.
UNICEF. México.

Woolfolk, Anita. (2006)
Psicología educativa (vida escolar y autoestima)
Editorial Pearson. México.

MESOGRAFÍA

Acosta Padrón, Rodolfo; Alfonso Hernández, José. (2004)

“La autoestima en la educación.”

Revista Límite, vol. 1, núm. 11, 2004, pp. 82-95.

Universidad de Tarapacá, Chile.

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83601104>

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

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

Sin Autor. (2009)

“Escala de autoestima de Rosenberg – RSES”

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

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

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

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

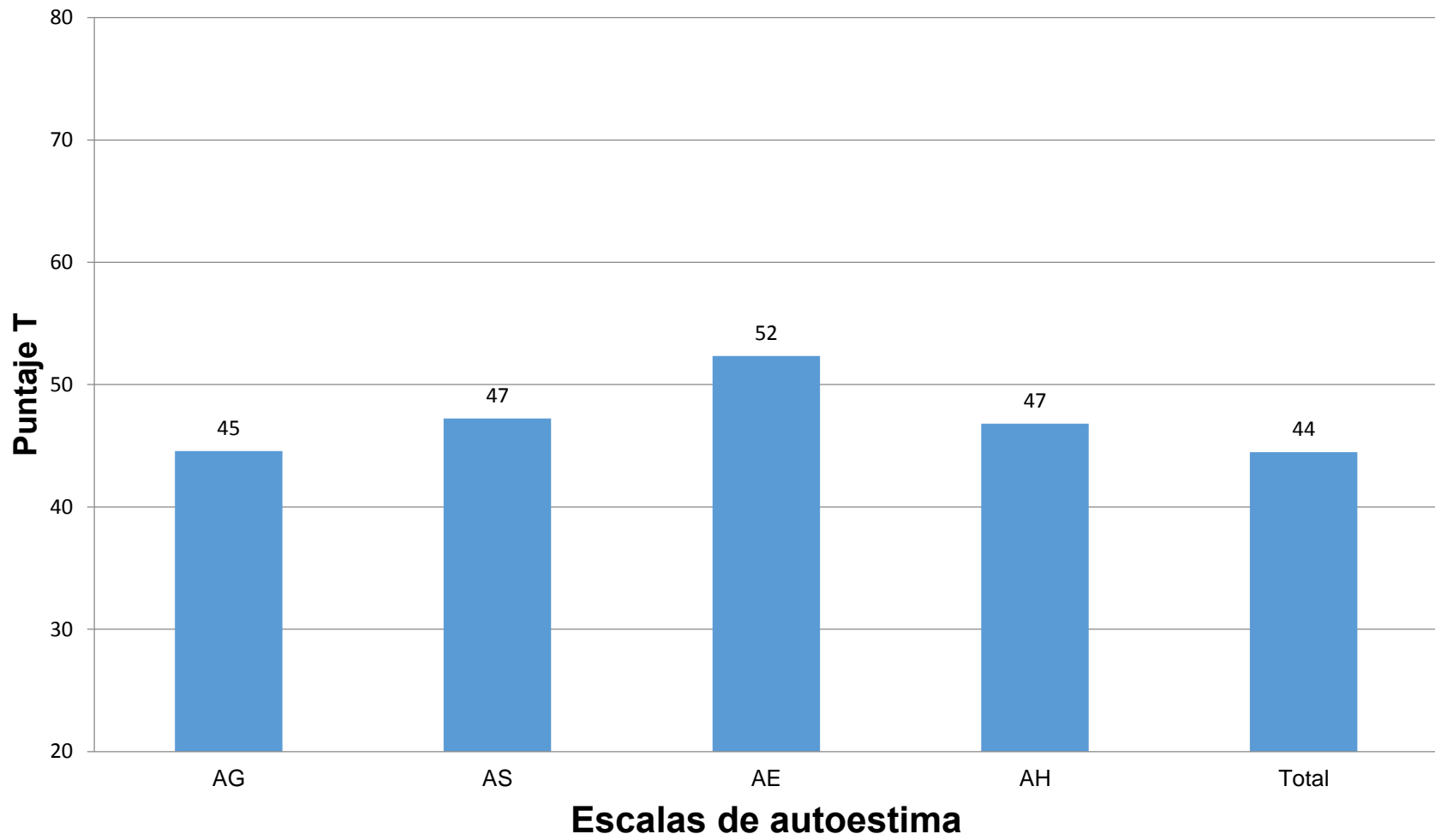
OEI-Revista Iberoamericana de Educación (ISSN: 1681-5653).

Universidad de Castilla-La Mancha, España.

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

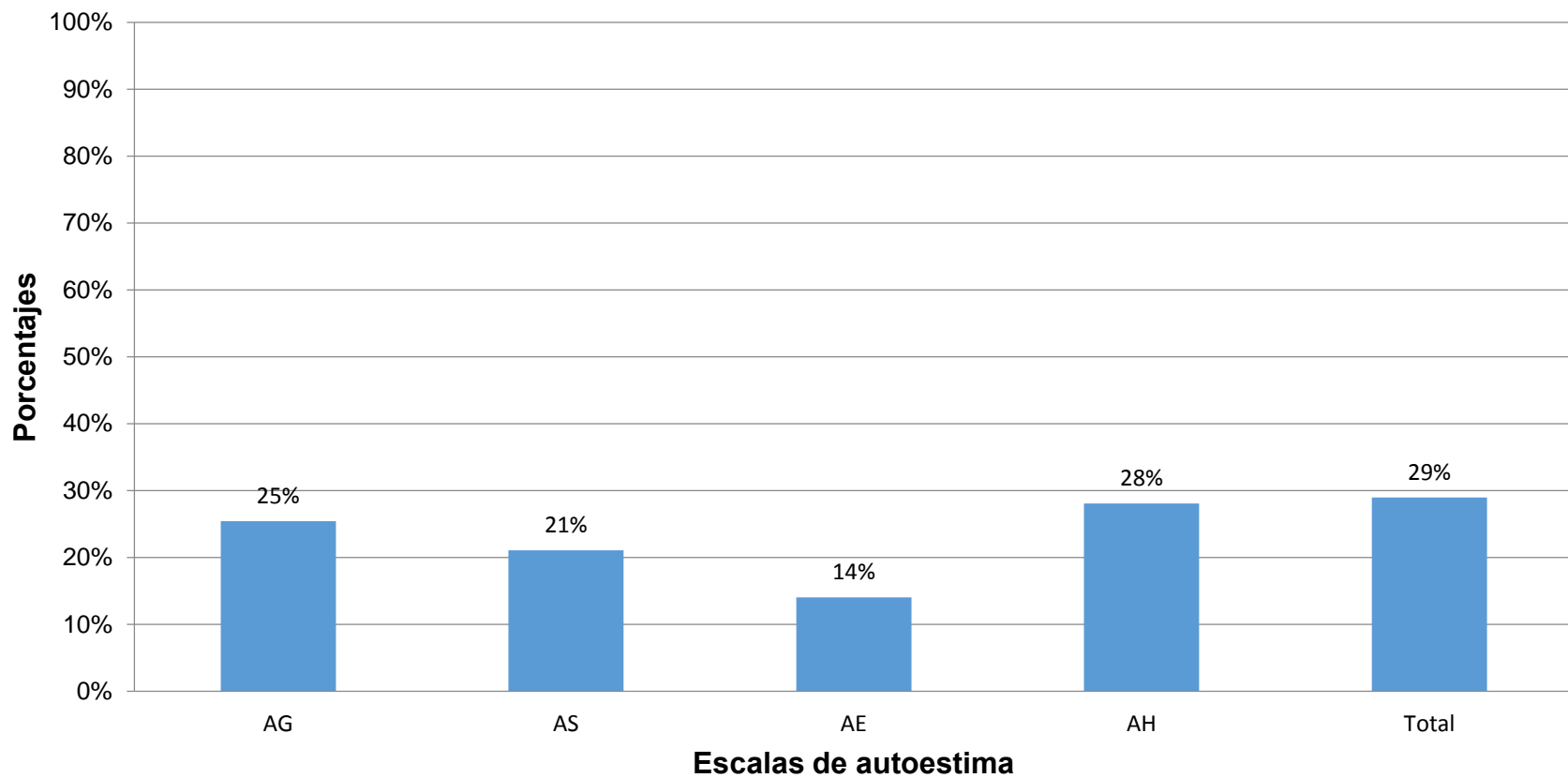
ANEXO 1

Media aritmética de las escalas de autoestima



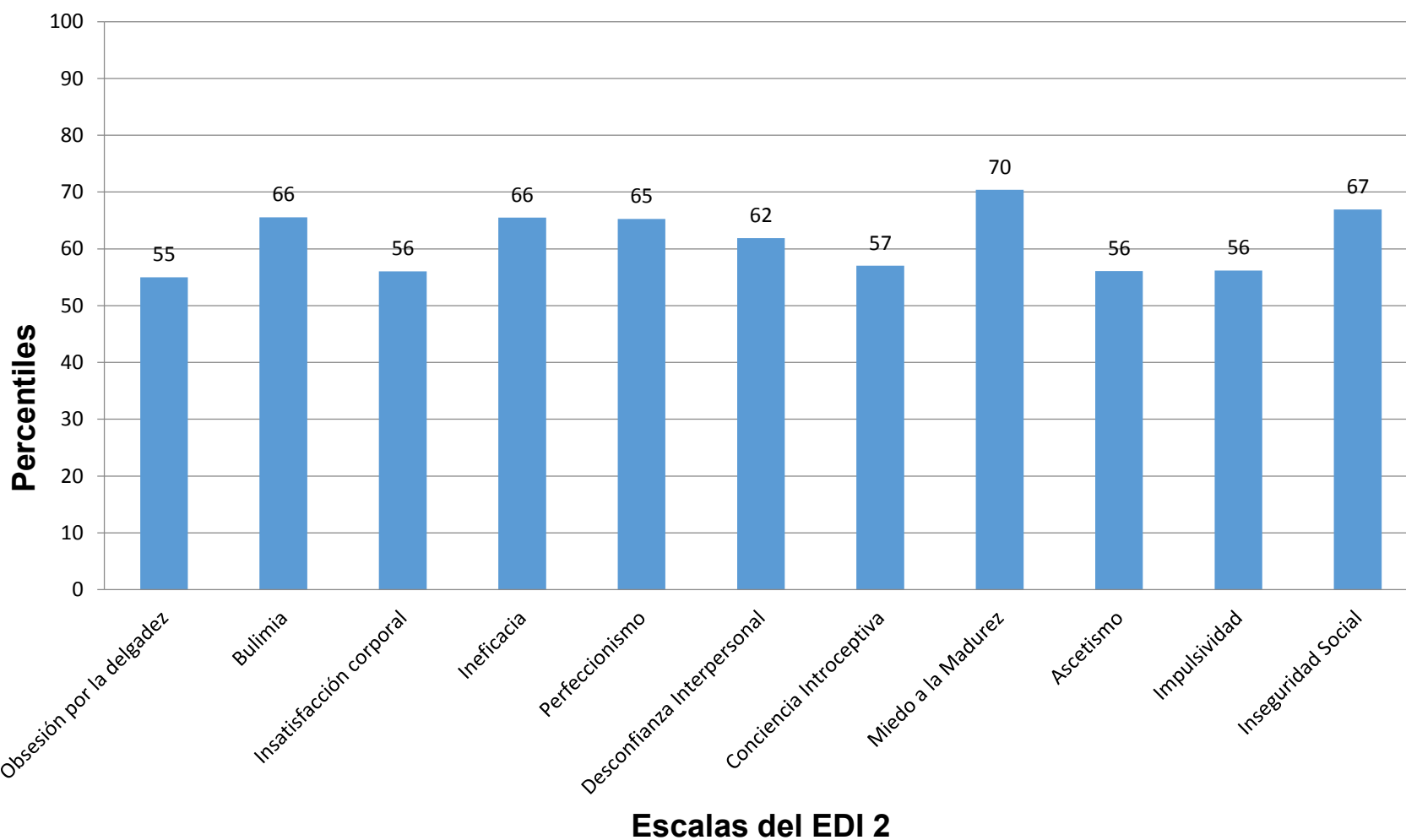
ANEXO 2

Porcentajes de sujetos con puntajes preocupantes en las escalas de autoestima



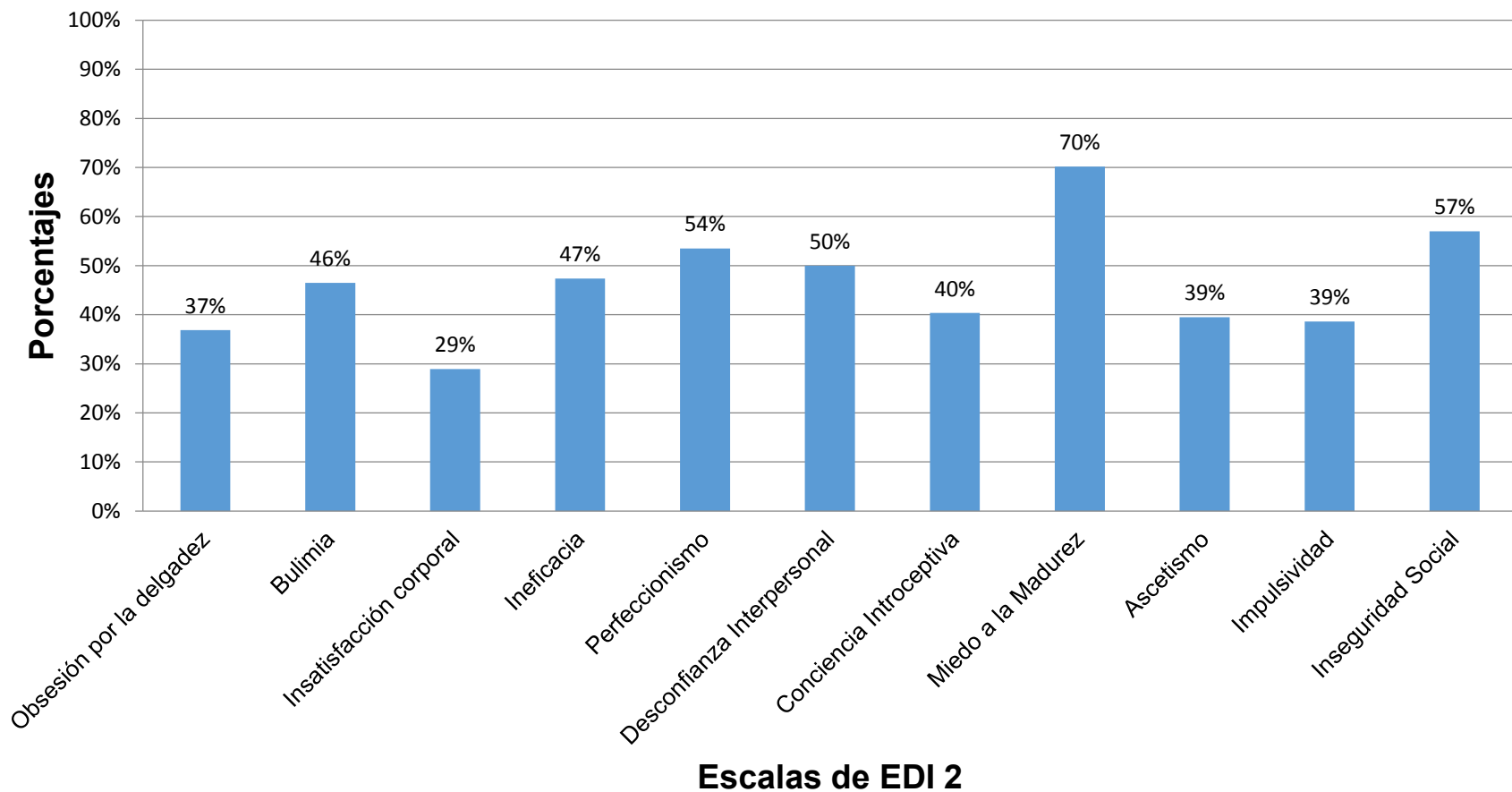
ANEXO 3

Media aritmética de los percentiles del EDI 2



ANEXO 4

Porcentajes de sujetos con puntajes preocupantes en las escalas del EDI 2



ANEXO 5

Correlación entre autoestima y los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios

