



UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

INCORPORACIÓN NO. 8727-25 A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

***RELACIÓN ENTRE AUTOESTIMA E INDICADORES PSICOLÓGICOS
DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN ADOLESCENTES***

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Nadia Jacqueline Yáñez Rosas

Asesora: Lic. Gisela Mayanín Tafolla Torres

Uruapan, Michoacán. 25 de agosto de 2014.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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	7
Marco de referencia	9

Capítulo 1. Autoestima

1.1 Conceptualización de la autoestima	12
1.2 Origen y desarrollo de la autoestima	14
1.3 Niveles de la autoestima.	18
1.4 Componentes de la autoestima.	23
1.5 Pilares de la autoestima.	26
1.6 Evaluación de la autoestima	30

Capítulo 2. Trastornos de la alimentación.

2.1 Antecedentes históricos de la alimentación.	36
2.2 Definición y características clínicas de los trastornos alimenticios	37
2.2.1 Anorexia nerviosa	37

2.2.2 Bulimia nerviosa	39
2.2.3 Obesidad	41
2.2.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas	41
2.2.5 Vómito en otras alteraciones psicológicas	42
2.2.6 Trastorno de la conducta alimenticia en la infancia	42
2.3 Esfera oroalimenticia en el infante	44
2.3.1 Organización oroalimenticia	44
2.3.2 Alteraciones en la esfera oroalimenticia	45
2.4 Perfil de la persona con trastorno de alimentación	47
2.5 Causas del trastorno alimenticio	49
2.5.1 Factores predisponentes individuales	50
2.5.2 Factores predisponentes familiares	54
2.5.3 Factores socioculturales	55
2.6 Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio	56
2.7 Factores que mantienen los trastornos alimenticios	60
2.8 Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios	61
2.9 Tratamiento de los trastornos alimenticios	64

Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados

3.1 Descripción metodológica	67
3.1.1 Enfoque cuantitativo	68
3.1.2 Investigación no experimental	70
3.1.3 Diseño transversal	71
3.1.4 Alcance correlacional	72

3.1.5 Técnicas de recolección de datos	72
3.2 Población y muestra	74
3.2.1 Delimitación y descripción de la población	75
3.2.2 Proceso de selección de la muestra	75
3.3 Descripción del proceso de investigación	76
3.4 Análisis e interpretación de resultados	80
3.4.1 Autoestima de los alumnos de la Escuela Telesecundaria ESTV16039	80
3.4.2 Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los sujetos de estudio	83
3.4.3 Correlación entre el nivel de autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios	87
Conclusiones	92
Bibliografía	94
Mesografía	96
Anexos.	

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo examina dos variables de investigación: la autoestima y los trastornos alimentarios. Específicamente, aborda la relación que podría mantener en el contexto de una escuela secundaria pública.

Antecedentes

Los trastornos alimentarios pueden estar ligados a la autoestima. La sociedad impone unos cánones de belleza irreales a través de anuncios, modelos o personas famosas de delgadez extrema. En este contexto, las adolescentes, que están atravesando una etapa difícil en la que su autoestima aún está formándose, se sienten impulsadas a seguir esos ideales pensando que corresponden a la normalidad, y que lograrán alcanzar el éxito social.

En este sentido, se entiende la autoestima como una relación afectiva y la opinión que se tiene sobre sí mismo. La valoración que cada persona tiene de sus propias características, habilidades y conductas (Woolfolk; 2006).

Steiner (2005, citando a McKay y Fanning) exponen que el autoconcepto y la autoestima juegan un importante papel en la vida de la persona.

Tener un autoconcepto y una autoestima positivos, es de suma importancia para la vida personal, profesional y social, por lo tanto, la autoestima es la clave del éxito o del fracaso para comprender a los demás y a uno mismo.

Sin embargo, hay algo que va más allá del aprecio de lo positivo y de la aceptación de lo negativo, sin lo cual la autoestima se desmoronaría: una de las influencias más poderosas para el desarrollo de la autoestima es la educación proveniente de los padres y educadores.

La intranquilidad por la imagen corporal y la autoestima muestran una relación significativa negativa, lo que indica que a mayor preocupación por la imagen corporal, menor autoestima. Por lo que respecta a la edad y su relación, se indica que, conforme incrementa la edad, aumenta la preocupación con su imagen corporal. La misma variable, edad, en relación con el índice de masa corporal, indica una relación significativa se interpreta como: a mayor edad, menor índice de masa corporal.

De acuerdo con Moreno y Ortiz (2009), 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 presenta en edades más tempranas. Estas autoras estudiaron la relación entre las conductas de riesgo de trastornos alimentarios, la imagen corporal y autoestima en un grupo de adolescentes de secundaria. Se aplicaron tres instrumentos y se encontró riesgo de trastorno alimentario al ocho por ciento, así como un diez por ciento de patología instalada con mayor prevalencia en mujeres; ambos sexos presentaron preocupación por su imagen

corporal, niveles medios y bajos de autoestima y una mayor tendencia a presentar trastornos alimentarios. Dicho estudio se realizó en Xalapa, Veracruz (Moreno y Ortiz; 2009)

Por último, se revisó la tesis titulada “Relación entre el nivel de autoestima y el rendimiento escolar de los alumnos de una escuela primaria de Uruapan, Michoacán” publicada por Valenzuela en 2013.

Los resultados evidencian el hecho de que no existe diferencia significativa entre el nivel de autoestima que presentan los alumnos con un bajo rendimiento académico, en comparación con el de los educados con un alto rendimiento académico del sexto grado de la Escuela Primaria Federal “16 de Septiembre”.

Si estos hallazgos se presentan en diferentes universos educativos, es posible profundizar en el conocimiento de que la autoestima no está relacionada con el rendimiento académico. Por esta razón, es importante seguir realizando estudios que esclarezcan la relación o diferenciación de los fenómenos antes referidos.

Planteamiento del problema

En la actualidad, la adolescencia ha tomado relevancia dentro de los estudios de las ciencias sociales, en particular, la psicología se ha dado a la tarea de indagar

sobre las principales problemáticas que aquejan a personas que atraviesan por dicha etapa de desarrollo.

Uno de los principales conflictos a los que se ven expuestos los adolescentes, además de los cambios propios de la edad, es la autoestima, ya que estos individuos frecuentemente se ven inmersos en situaciones de riesgo, exponiéndose a graves alteraciones psicológicas que eventualmente desembocan en problemas de salud física.

Los trastornos alimentarios, a su vez, se han convertido en un problema de salud pública, al afectar a un gran número de personas de todas las clases sociales y edades, sin embargo, en la adolescencia se presenta un factor de riesgo mayor, ya que una de las principales características de dicha etapa, es la vulnerabilidad de someterse ante estereotipos y modelos de belleza, por lo que paulatinamente, los jóvenes comienzan a llevar a cabo conductas de riesgo que terminan por afectar significativamente sus relaciones sociales, pero además, resulta sumamente deteriorado su autoconcepto y valía.

Al ser la psicología la ciencia encargada de la salud mental, es de suma importancia encontrar la relación que hay entre los trastornos alimentarios y los niveles de autoestima, ya que a pesar de existir cierta cantidad de investigaciones sobre el tema, están situadas en ciudades e incluso países ajenos, por lo que los resultados son poco significativos en este entorno más próximo, debido a las diversas variables culturales, económicas o geográficas, entre otras.

Es por ello que resulta de vital importancia realizar una investigación que determine la relación que existe entre los trastornos alimentarios y los niveles de autoestima.

Por lo anterior se procede, a plantear la siguiente interrogante: ¿En qué medida se relacionan la autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios?

Objetivos

Para mantener el rigor científico y metodológico del presente estudio, los lineamientos y metas se plasmaron en los objetivos que se enuncian a continuación.

Objetivo general

Establecer la relación que existe entre el nivel de autoestima y el grado en que se presentan los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos de la Escuela Telesecundaria ESTV16039 de Taretan, Michoacán.

Objetivos particulares

1. Definir el concepto de autoestima.
2. Establecer los factores que propician la autoestima.
3. Definir los principales trastornos alimentarios.

4. Establecer las causas que propician la presencia de los trastornos alimentarios.
5. Identificar las consecuencias psicológicas de los principales trastornos alimentarios.
6. Describir los principales indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.
7. Evaluar el nivel de autoestima que presentan los adolescentes de la telesecundaria ESTV16039 de Taretan, Michoacán.
8. Cuantificar el nivel de los indicadores psicológicos trastornos alimentarios que presentan los sujetos de estudio.

Hipótesis

La realidad esperada en el escenario de estudio, tras revisar la bibliografía relativa a las variables examinadas, permitió formular las siguientes explicaciones tentativas.

Hipótesis de trabajo

Existe relación significativa entre el nivel de autoestima y el grado en que se presentan los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, en los adolescentes de la Escuela Telesecundaria ESTV16039 de Taretan, Michoacán.

Hipótesis nula

No existe relación significativa entre el nivel de autoestima y el grado en que se presentan los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, en los adolescentes de la Escuela Telesecundaria ESTV16039, de Taretan, Michoacán.

Operacionalización de las variables

La variable autoestima se midió con el test de Coopersmith, que es una escala de autorreporte de 58 ítems; en dicho instrumento, el sujeto lee consecutivamente diversas sentencias declarativas y en cada una decide si la afirma o la niega. La prueba cuenta con cuatro áreas de referencia: autoestima general, social, hogar y padres, escolar académica y además, una escala de mentira de ocho ítems (Brinkmann y Segure; 1988).

A su vez, para la operacionalización de la variable trastornos alimenticios, se utilizó la Escala de Trastornos Alimentarios (EDI2), de David Garner (1998), la cual se conforma por once escalas que representan los principales síntomas que normalmente acompañan a la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.

Justificación

En la actualidad, los problemas de autoestima toman auge en la adolescencia, debido a los cambios en esta etapa, así como los trastornos alimentarios que ponen

en riesgo al adolescente, afectando diversas áreas como la aceptación social, la apariencia física y el éxito, entre otras.

La presente investigación beneficia directamente a los alumnos de la Escuela Telesecundaria ESTV16039 de Taretan, Michoacán, en la detección de los trastornos alimentarios y la autoestima, sobre todo, si existe relación entre dichas variables; así como a los directivos, padres de familia y docentes de la institución ya mencionada.

Al campo de la psicología, se espera realizar aportaciones sobre este tema, particularmente con los adolescentes, de esta manera, se tendrá un amplio panorama y respuesta ante la vinculación de las variables referidas.

La investigación se relaciona con el campo de acción del psicólogo, porque gracias a ella se amplía el conocimiento y se ponen en práctica los aspectos teóricos de dicho profesionista, aprendidos durante su formación universitaria.

Además, el estudio proporciona herramientas útiles que ayuden en la investigación acerca de la temática en cuestión, beneficiando a la vez a los trabajadores sociales, pedagogos, sociólogos y profesionistas que se desempeñen como directivos escolares.

De igual manera, al municipio de Taretan, Michoacán, le será de utilidad al proporcionar una alternativa para la detección de este problema.

A la Universidad Don Vasco, contribuye como incremento a su vasta biblioteca y sobre todo, el contar con material de un tema con el cual se tiene mucha expectativa, con base en los resultados de la población del municipio de Taretan, Michoacán.

A la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, le servirá como referencia bibliográfica, debido a que por el prestigio de dicha institución, es tomada en cuenta como un punto confiable de consulta de este tipo; a los estudiantes, como una fuente de información y como punto de partida para nuevas investigaciones, que tengan relación con el tema; lo mismo a estudiantes que necesiten consultar sobre esta temática.

Por último, la investigadora encuentra en la presente indagación la oportunidad de desarrollar las diversas habilidades obtenidas a lo largo de la licenciatura, además de tener la oportunidad de realizar un estudio en una modalidad no experimental.

Marco de referencia

Esta investigación se llevó a cabo en la Escuela Telesendaria ESTV16039, que pertenece a la zona escolar 273, sector 23, con dirección en la calle Michoacán s/n, en Tomendán, municipio de Taretan, Michoacán, México; la cual, al igual que todas las escuelas de su tipo, recibió el nombre por su plan de estudio, según la Secretaría de Educación Pública.

La escuela se fundó en el año de 1982, desde su comienzo contó con la aceptación y apoyo de la población, el gobierno en turno y de la Secretaría de

Educación Pública. Brinda educación de nivel secundaria a los adolescentes de esa población, debido a la falta de escuelas cercanas; esta institución recibe jóvenes de diferentes comunidades aledañas a la población.

En la actualidad, el director es el I. A. Guillermo Hernández Ortiz, quien lleva ejerciendo treinta dos años a cargo de la institución. La escuela alberga a cien alumnos repartidos en nueve grupos, de los cuales hay tres grados; cada uno de ellos es atendido por un profesor de grupo, un maestro de educación física y uno de informática.

Entre el personal no docente se encuentra un conserje, un velador, las personas encargadas de cooperativa y una secretaria; de igual manera, se cuenta con el apoyo de los padres de familia que se reúnen cada mes para hacer una faena en la institución y así mantenerla en óptimas condiciones para los jóvenes.

Cada grupo cuenta con su propia aula, equipada con el concepto de telesecundaria: pantalla multimedia, computadora, televisor, proyector, mesabancos y un escritorio dentro de cada aula. La dirección funge como biblioteca, contando con diferentes volúmenes proporcionados por la SEP y dos juegos de enciclopedias, así como con la enciclopedia electrónica que tiene cada aula; también es el almacén para los artículos deportivos, de bailables, escenografías y Lábaro Patrio. Hay dos estructuras de sanitarios (mujeres y hombres). Para la clase de educación física y los eventos cívicos de la institución, se cuenta con dos canchas de básquetbol y futbol, las cuales están techadas y pavimentadas, se dispone de siete áreas verdes y un

desayunador para los profesores, que también se emplea como área de juntas para ellos.

CAPÍTULO 1

AUTOESTIMA

La autoestima juega un papel primordial en el desarrollo integral del ser humano, abarca aspectos tan diversos que van desde el autoconcepto, hasta la capacidad interna para disfrutar las situaciones. En relación con ello, existe a su vez una gran gama de posibilidades en el sentir de una persona, desde quienes no son conscientes de sus propias limitaciones, hasta aquellos que suponen que cualquier otra persona tiene más y mejores habilidades, desestimando la propia valía.

Es importante puntualizar que para lograr un nivel sano de autoestima, el sujeto debe ser consciente tanto de sus fortalezas como de sus debilidades, para que ello le permita realizar actividades y plantearse metas que sean coherentes respecto a tales características personales, es decir, no se trata de omitir limitaciones, sino de hacerse consiente de ellas para fortalecerlas y planear en función de los aspectos que resulten más favorecedores.

1.1 Conceptualización de la autoestima

En el presente subcapítulo se retoma la conceptualización que a través de los años han desarrollado diversos autores para definir la presente variable.

Branden (2011) menciona que la autoestima está presente en el individuo cuando tiene mayor confianza en sí mismo y sabe que merece ser feliz; se trata de algo más que una opinión o un sentimiento, es una fuerza que estimula y da empuje a que el individuo siga teniendo cualquier tipo de comportamiento.

Además de ello, dicho autor añade que la autoestima es el sentimiento valorativo del individuo, de la manera de ser, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran la personalidad.

Alcántara (1990) habla que la autoestima es una actitud hacia sí mismo, la actitud es, por su parte, la forma de pensar, amar, sentir y comportarse, en este caso, consigo mismo; es el sistema por el cual se ordenan las experiencias afectando directamente al yo.

La autoestima no es innata, sino adquirida; es una consecuencia de las experiencias vividas del sujeto. Al ser creada por las acciones y pasiones que se generan por la experiencia, el aprendizaje de esta característica no es intencional, ya que se moldea por contextos informales educativos, aunque en ocasiones es por una acción intencional proyectada hacia su consecución. Es una estructura consciente, estable, difícil de mover y cambiar.

Desde otra perspectiva Clark y cols. (2000) señalan que la autoestima es un concepto basado en pensamientos, sensaciones y experiencias que a lo largo de la vida han sido adquiridas, así como el conjunto de los sentimientos positivos que se

tienen de sí mismo, o al contrario, de sentimientos respecto a no ser o no lograr lo que se esperaba.

Ambas partes coinciden en afirmar que la autoestima está compuesta tanto de valores internos como externos, es decir, no son solamente las representaciones propias lo que influye en la creación de dicho atributo; las experiencias y la forma en la que cada sujeto se relaciona con su entorno, juegan un papel determinante para crear tal autoconcepto.

En su aportación al tema, Coopersmith definió la autoestima como “la evaluación que hace y mantiene habitualmente la persona con respecto a sí misma: expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica el grado en 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” (citado por Crozier; 2001: 205).

Debido al enfoque y los objetivos perseguidos por la presente investigación, la definición planteada por Coopersmith servirá como base para comprobar la hipótesis planteada.

1.2 Origen y desarrollo de la autoestima

A continuación se expondrá el origen y el desarrollo de la autoestima desde la perspectiva de diversos autores, para facilitar la comprensión del tema.

Alcántara (1990), en su modelo, realiza un cuestionamiento acerca de la condición innata de la autoestima, a lo cual responde de manera tajante que no: esta es adquirida y se va formando conforme el sujeto va obteniendo experiencias. Dicho proceso no es intencional, debido a que se forma desde contextos educativos informales.

Al respecto, se hace mención acerca de la influencia que ejercen las experiencias del ser humano sobre su entorno, y la forma en la que este interpreta y significa cada una de ellas, que en su conjunto determinarán la forma en que cada persona se percibe a sí misma y al mundo que la rodea.

Tales experiencias son adquiridas en las diversas etapas de desarrollo, que serán influenciadas por las previas. Complementando el tema, Alcántara (1990) realiza una descripción del papel de la infancia en la conformación de la autoestima, afirmando que el niño aprende a comportarse de acuerdo con los cánones sociales y la educación que existe entre los miembros de la familia, si esta lo trata desde la primera infancia de manera positiva y lo orienta a ser perseverante en lo que se propone; en cambio, cuando el menor es tratado de manera despectiva o incluso, es sobreprotegido, la imagen de sí mismo es desalentadora.

Es decir, la infancia resulta una etapa determinante en el desarrollo de la autoestima, ya que en dicha etapa, el ser humano pone a prueba sus destrezas y su capacidad para adquirir nuevos conocimientos, pero además, el niño se enfrenta a la frustración del ensayo y error; en este sentido, la respuesta de los círculos sociales

más cercanos ante tales fallas, influirán determinadamente en la forma en la que el menor enfrente situaciones posteriores.

Satir (2002) menciona algunas perspectivas humanas importantes para el desarrollo de la autoestima: el primer hecho se refiere a que cada individuo es único en ciertos aspectos, que no existe nadie más en el mundo igual, por lo que tiene la oportunidad de ser distinto en algún sentido; el segundo hecho habla de que existen aspectos físicos iguales entre los individuos, que los hacen ser como todos los demás. Por un lado el individuo es único, es diferente, y a la vez, igual a otros en muchos sentidos.

Kaufman y cols. (2005) mencionan que con la autoestima no se nace, sino que es aprendida en los diversos ámbitos sociales. Es una habilidad psicológica que se puede desarrollar para tener éxito; estar orgulloso sin autoestima, conduce a estar temeroso e inseguro, esto provoca que el sujeto ceda a maltratos o presiones de otros individuos, creando el sentimiento de inferioridad.

Es importante no ligar la autoestima con egocentrismo, arrogancia, superioridad, narcicismo, vanidad ni insolencia, ya que en muchas ocasiones se puede dar la confusión; algunos otros escritos mencionan que demasiada autoestima es dañina para el niño, pero para Kaufman y cols. (2005) esto es incierto, ya que desde su perspectiva, la autoestima está basada en hechos y verdades, en logros y capacidades; entonces, entre mayor sea la autoestima del niño, mayor es su capacidad para superar las condiciones que se le presenten

En este caso, el ámbito escolar juega un papel importante para el desarrollo de la autoestima debido al trato de los maestros y de los compañeros, así como al enfrentamiento de problemas y adversidades, y si el niño presenta un escaso desarrollo de la autoestima en el hogar, puede quedar inmerso en las burlas y el maltrato, y le será difícil avanzar a la adultez sin odio ni deseos de venganza. En cambio, cuando el niño genera una autoestima correcta, en el hogar tiene armas para defenderse, es más consciente de sí mismo, desarrolla y practica la asertividad.

Según Clark y cols. (2000), el yo y la autoestima se van desarrollando de una forma gradual, inician en la primera infancia y pasan por las otras etapas de la vida, cada una de las cuales coopera con sentimientos, impresiones y razonamientos del yo.

El niño aprende directamente de los padres, si bien la madre juega un papel de mayor importancia para el niño, debido a que es la figura de poder para él, de modo que sus sentimientos se le demuestran con contacto físico y frases que estimulan al niño a sentirse amado y protegido; si a esta situación se suma la conducta del padre, que fortalece sus sentimientos de igual manera, con frases de ánimo y apoyo, el niño crecerá seguro y con un desarrollo del yo adecuado. Por otra parte, si el niño no es educado así, o incluso es abandonado, la situación es diferente: crece creyendo que es terrible o malo, por eso es insultado o golpeado, entonces sus sentimientos hacia sí mismo cambian, así como su desarrollo del yo.

En el mismo tenor, Carrión (2007) menciona que la baja autoestima final se desarrolla en la infancia, cuando el niño crece con sentimiento de rechazo y abandono por los padres, creando una autoimagen basada en interrogantes que nadie responde, lo cual provoca que el infante desarrolle su autoestima baja, lo que es reforzado con la conducta de sus padres cuando intenta llamar la atención de ellos, comportándose como el hermano menor o con berrinches, no obstante, con ello recibe a cambio reprimendas y palabras que lo desacreditan y le hacen formar una imagen subjetiva y deteriorada de sí mismo.

Por lo tanto, es posible determinar que si el infante crece en una familia nuclear, en la que cada uno de los padres cubra las necesidades primordiales de afecto, el niño forjará una autoestima adecuada, que le permita en un futuro, el establecimiento de metas u objetivos acordes a sus habilidades.

1.3 Niveles de la autoestima

A continuación se realiza una descripción que hacen diversos autores y la clasificación que dan a los niveles en los que se presenta la autoestima, lo anterior basado en los estudios realizados, que servirán para esclarecer y entender la variable en cuestión.

Haciendo referencia al tema, Satir afirma: “Cuando me siento bien conmigo y me agrado, hay magníficas posibilidades de que pueda enfrentar la vida desde una postura de dignidad, sinceridad, fortaleza, amor y realidad, tal es el estado de una

autoestima elevada... Si no me agrado, me devalúo y castigo. Enfrento a la vida desde una postura de temor e impotencia, creo un estado en el que me siento víctima y actúo en consecuencia. Me castigo ciegamente, y hago lo mismo con los demás. Soy a la vez sumiso y tiránico. Responsabilizo a los demás por mis actos, tal es el estado de una autoestima baja” (2002: 44).

Es así como la autoestima elevada lleva al individuo a enfrentar sus sentimientos hacia sí mismo y de igual manera, a poder sentirlos por alguien más; en cambio, con una autoestima baja, el sujeto es incapaz de reconocer sus sentimientos, negándolos o creyendo que fueron creados por alguien más, volviéndose víctima y sin valor propio; estas personas sin valor se convierten en instrumentos de odio y destrucción a manos de gente sin escrúpulos.

Una conducta de autoestima elevada ayuda a finalizar el aislamiento y la enajenación entre personas y grupos, por lo que se esperaría que quien presente tales características, será capaz de relacionarse adecuadamente con las personas que lo rodean, favoreciendo así el autoconcepto fortalecido del que se hizo mención.

González-Arratia (2001) menciona, en relación con la sana autoestima, que existe cuando el sujeto piensa que es suficientemente bueno, digno de la estima de los demás; responsable, comprensivo, íntegro, confiado de sí mismo, decidido, entre otras cualidades. Esto no significa que sea un estado de éxito total, sino que reconoce sus propios límites, habilidades y capacidades.

La autoestima alta frecuentemente está asociada a la salud mental, haciendo que el individuo sea funcional y adaptable. Particularmente, el niño con autoestima alta actúa de manera independiente, responsable, toma retos con ánimo, se siente orgulloso de sus logros, tiene tolerancia a la frustración e incluso puede influir de manera positiva ante los demás.

Coopersmith (citado por González-Arratia; 2001) señala que los individuos con sana autoestima confían en su perspectiva y juicio, en sus relaciones y conclusiones, así que sus ideas no se ven influenciadas; se convierten en personas independientes, creativas y asertivas, son participantes activas en los grupos sociales, con menos problemas para expresarse de manera clara y objetiva, así como para relacionarse con los demás.

Además de ello, se puede inferir que quienes presentan una autoestima en tal nivel, fueron criados en un entorno favorable, aceptados, con reglas y respeto; son afectivos, equilibrados y competentes.

Los sujetos con un nivel medio de autoestima, son parecidos a los que presentan autoestima alta en diversos aspectos: tienden a ser optimistas, expresivos y capaces de soportar las críticas, pero están en alerta de la aceptación social, es decir, dan importancia en demasía a los comentarios externos, son inseguros respecto al valor propio; de igual manera, tienden a ser más activos que los de autoestima alta, dado que esperan que su contacto con la sociedad los enriquezca en su autoevaluación.

Los sujetos con características de autoestima baja, por su parte, crean un pensamiento sobre ellos mismos de fracaso, poco valor, sin respeto; se ven a sí mismos desagradables, desean ser distintos o parecidos a otra persona. Su concepto es negativo, por ello levantan autodefensas para sí mismos y los otros.

“Estas personas se ocultan tras un muro de desconfianza y se hunden en la sociedad y el aislamiento. Viven bajo la sensación amenazante de que en realidad no son valoradas y con una miopía interior de deformación, que se identifica por aspectos negativos de sí mismos.” (Branden, citado por González-Arratia; 2001: 41).

Este tipo de sujetos se vuelven apáticos e indiferentes, evitan buscar nuevos ideales y logros por sí mismos. Cuando se enfrentan a fracasos, no cuentan con valor propio para superar o solucionar la adversidad, por lo que buscan salidas en las drogas, el suicidio e incluso el asesinato.

Estos sujetos sufren de inferioridad, esto los lleva a tener recelo e incluso envidia de otras que tienen sentimientos positivos de los que ellos carecen; presentan tristeza, depresión, ansiedad, miedo, agresividad y rencor, sufren por lo que no se tiene o no se logra con los demás.

Además, piensan que no valen nada, son pasivos ante grupos sociales, poco participativos por la falta de confianza que existe en ellos y tímidos, con una sensación de rechazo. Prefieren mantenerse ocultos y callados, es decir, pasar desapercibidos, esto actúa según ellos como un camuflaje para evitar ser atacados o expuestos.

Para Carrión (2007) la autoestima baja en el adulto se manifiesta con una imagen subjetiva, distorsionada, que se manifiesta elaborando generalizaciones absurdas y ridículas tanto de él como de su entorno, creando una falsa imagen de sí mismo que él cree que es real.

En estos casos, el individuo crea sus propias creencias, forjadas a partir de ideas distorsionadas que impiden que se vea de una forma positiva, así, crea una falsa imagen de sí mismo.

La definición de Branden (2011) expone que una persona con autoestima alta se esforzará y persistirá para tener una mayor proporción de éxitos que de fracasos, entonces el concepto de sí mismo saldrá reforzado y confiado; de igual forma, dicho concepto es reflejado hacia a otros, si la respuesta se da de manera apropiada.

En cambio, la persona con baja autoestima no se esfuerza y mucho menos persiste para obtener el éxito, renuncia a confrontar sus problemas y cuando lo intenta o es obligada a intentarlo, no pone mayor empeño o interés. Su pensamiento es apático ante las dificultades, no insiste para evitar fracasar, así refuerza su propio concepto.

Según lo mencionado anteriormente, la autoestima no tiene una cualidad innata, es posible afirmar que el nivel en que se encuentre, puede ser modificado a través de la percepción que tiene el sujeto de las experiencias con su entorno.

Así pues, a pesar de que los factores sociales o externos influyen en el nivel de la autoestima, son los pensamientos internos los que determinarán la valía que cada sujeto tenga sobre sí mismo, sin embargo, es importante tomar en cuenta los diversos componentes que la constituyen, los cuales serán mencionados a continuación.

1.4 Componentes de la autoestima

En el presente apartado se realiza una mención detallada sobre los diferentes componentes de la autoestima, haciendo referencia a la conceptualización propuesta por varios autores.

Carrión (2007) menciona que la autoestima se desarrolla en dos componentes, la eficacia personal y el respeto a sí mismo, que serán descritos a continuación:

- 1) La eficacia personal: también llamada excelencia, involucra la capacidad de observación objetiva de los hechos, para creer y confiar en sí mismo. Tal eficacia se basa en la capacidad de lograr un equilibrio entre las tres cualidades humanas: sinceridad, valor y prudencia, tales características serán descritas enseguida.
 - a) Sinceridad consigo mismo, para reconocer valores y defectos sin exaltaciones, ni baja autoestima.

- b) Valor para detectar limitaciones en la imagen corporal e incluso defectos en el trabajo, afrontado la realidad, entonces el individuo podrá hacer algo para cambiarlo.
- c) Prudencia, esto es, lograr tener calma y hacer algo por secuencia, no brincarse ningún paso para terminar antes ni detenerse a hacer pausas.

2) El respeto a sí mismo o sentido del valor personal, es la satisfacción de vivir, permitirse trabajar a favor de una correcta autoestima y valoración, llevando a un desarrollo personal. Para definirlo existen dos razones que lo fundamentan:

- a) La primera razón se crea cuando el individuo vive con plenitud, disfrutando de lo que lo rodea y de sí mismo.
- b) La segunda, se crea al revelar la identidad existencial y última, que Carrión (2007) llama esencia, donde la identidad se resume al auto-conocimiento real, no como seres humanos, sino como identidad última o esencia inmutable. Al reconocer este hecho, se da un sentimiento de sí mismo más íntimo y profundo, que permanece durante el resto de la vida.

Lamb y cols. (2011) describen la personalidad como un autoconcepto amplio, en que se organizan y agrupan las reacciones de un individuo ante cada situación. Tales respuestas se ven influidas por actitudes, creencias y las autoevaluaciones realizadas por cada sujeto. A pesar de que la personalidad puede variar, el cambio siempre es gradual.

Así pues, tal autor realiza una descripción del autoconcepto, al mencionar que es una combinación de la autoimagen ideal y la imagen real; señala además que las personas intentan acortar la brecha que existe entre ambas.

Aportando al tema, Alcántara (1990) hace mención de tres elementos que conforman la autoestima, mismos que se comunican entre sí de manera significativa.

1. Componente cognitivo: son los procesos mentales (pensamientos, ideas, procesamientos, entre otros) que llevan al autoconcepto del sujeto y crear su idea de personalidad y conducta, así como a la autoimagen o representación mental del ideal.
2. Componente afectivo: se refiere a la valoración que el sujeto se realiza acerca de las propias características tanto positivas como negativas, implica un sentimiento favorable o desfavorable, es decir, una evaluación interna sobre la propia valía, estableciendo parámetros de lo que se considera importante y lo que no.
3. Componente conductual: se refiere a la tensión, propósito y decisión del acto, o sea, es llevar a cabo un comportamiento consecuente y coherente. Es la autoafirmación dirigida hacia sí mismo y buscar de los demás el reconocimiento y la consideración, así como el éxito propio y de los demás.

1.5 Pilares de la autoestima

En este subcapítulo se describen los siete pilares que conforman la autoestima, citando a Branden (2008), autor de dicha teoría.

El investigador mencionado, aporta una descripción detallada de los elementos de la autoestima, la cual define desde el punto de vista de la competencia y las aptitudes, no en el plano del ser.

Según el autor, la confianza es la habilidad para responder a los desafíos fundamentales de la vida; menciona además la importancia que se debe conceder a la propia valía, pero descrita siempre en cuestión del éxito personal, así pues, desde el mismo punto de vista, habla de la confianza para triunfar y ser feliz, la capacidad de afirmar las necesidades y voluntades, la posibilidad de hacer realidad los valores y de la satisfacción ante los esfuerzos realizados.

Como la autoestima es una consecuencia, un producto de las experiencias que vive el ser humano, no se puede trabajar directamente sobre ella. Cualquier intento de modificación debe dirigirse a la fuente. Por ello, Branden (2008) identificó seis prácticas a partir de su trabajo con numerosas personas en psicoterapia, que tienen una importancia crucial para ayudar al paciente a fomentar su eficacia personal y el respeto de sí mismo. El autor denominó estas seis prácticas como los pilares de la autoestima, que son detallados a continuación.

El vivir de manera consciente es el primer pilar. Significa intentar tener una idea clara de todo lo que tiene que ver con las acciones, propósitos, valores y metas, al

máximo de las capacidades, actuar sobre lo que se ve y se conoce, con una actitud responsable hacia la realidad. No es necesario que tenga que gustar lo que se ve, pero si el reconocer lo que existe y lo que no, ya que los deseos, temores o negaciones no modifican los hechos (Branden; 2008).

Si no se aporta un adecuado nivel de conciencia a las actividades, el efecto inevitable es un mermado sentido de eficacia personal y de respeto hacia sí mismo. La mente es el instrumento básico de supervivencia; si se abandona esta idea del entorno, se resiente la autoestima. La forma más simple de esta traición es la evasión de los hechos que causan perplejidad, duda o indecisión.

Como segundo pilar elemental para desarrollar la autoestima, se encuentra la aceptación de sí mismo, ya que es imposible establecer relaciones interpersonales sanas si primero no se es consciente de lo que se es y se aprende a vivir con ello. Aceptarse es darse prioridad ante los demás, es una especie de egoísmo natural que constituye un derecho innato de todo ser humano, orientando a la valoración y al compromiso consigo mismo (Branden; 2008).

Así pues, para aceptarse, debe haber un conocimiento profundo acerca de sí mismo y permitirse experimentar plenamente los pensamientos, sentimientos, emociones, acciones y sueños, no como algo ajeno, sino como parte de la esencia misma de la persona.

Una de las principales diferencias del hombre con otros seres vivos, y que constituye el cuarto pilar de la autoestima, es la práctica de la responsabilidad que se

tiene de sí mismo; esto es, el ser humano tiene la necesidad de experimentar una sensación de control sobre su vida, ello exige estar dispuesto a asumir la responsabilidad de los actos y del logro de las metas, lo cual significa que el individuo asume la responsabilidad de su vida y su bienestar (Branden; 2008).

La responsabilidad de sí mismo es un reflejo de la autoestima, llevar la dirección de la vida propia es indicio de madurez emocional, lo que es proporcional a los éxitos que se llegan a obtener.

Así pues, Branden (2008) destaca un cuarto punto clave para el desarrollo de la autoestima: la práctica de la autoafirmación, esto implica respetar los deseos, necesidades y valores, buscando la forma de expresión adecuada según el contexto en el que se desenvuelva la persona.

La autoafirmación se debe llevar a cabo siempre de forma asertiva, ya que no es sinónimo de soberbia o imprudencia, ni significa afirmar los propios derechos o ser indiferente ante los demás, sino la disposición a valerse por sí mismo, a ser auténtico, todo esto de manera asertiva, con el fin de establecer o mantener relaciones humanas sanas.

Branden (2008) afirma que el quinto pilar para la autoestima es la práctica de vivir con propósito, la cual consiste en utilizar las facultades para la realización de las metas que han sido elegidas por cada persona, es decir, ser consciente de las habilidades propias, para así desempeñar una actividad en la que se permita obtener

el máximo provecho, para así lograr el crecimiento personal por medio de la satisfacción y las metas cumplidas.

El planteamiento de metas conscientes, junto con la responsabilidad de los actos que se deben llevar a cabo para conseguirlas, y la coherencia entre las actitudes y la meta a conseguir, ayuda a encontrar el propósito de la vida.

La integridad del ser humano consiste en el conjunto de ideas, convicciones, normas, creencias y la conducta, que esta sea congruente con los valores declarados, que haya una concordancia entre los ideales y la práctica, es decir, que el ser humano sea una persona leal a sí misma.

Es por eso que Branden (2008) menciona la integridad del ser humano como el sexto pilar que conforma la autoestima, en la cual influyen factores tanto internos, que es posible desarrollar de forma personal, como otros externos en los que la sociedad influye determinadamente.

Para finalizar, el autor propone como séptimo pilar la disposición y voluntad a vivir a esas seis prácticas, del cual no da mayor descripción.

Una vez mencionados los pilares y componentes de la autoestima, resulta primordial citar algunos autores que se han dado a la tarea de realizar una medición de los niveles de autoestima por medio de pruebas estandarizadas, que como se hace

mención, incluyen factores internos y externos en el ser humano, tales pruebas son descritas en el siguiente apartado.

1.6 Evaluación de la autoestima

La Escala de autoestima de Rosenberg es quizás la medida de autoestima más utilizada en la investigación en ciencias sociales, habiendo sido traducida a 28 idiomas, y validada interculturalmente en más de 50 países.

La muestra original en la que se desarrolló la escala en la década de 1960 consistió en 5,024 estudiantes de tercer y cuarto año de secundaria de 10 escuelas seleccionadas al azar en el estado de Nueva York. La escala mostró una alta fiabilidad: correlaciones test-retest en el rango de 0,82 hasta 0,88. A lo largo de los años se han realizado numerosas traducciones y validaciones en diversas poblaciones, con semejantes resultados (Garrido; 2014).

La prueba consta de 10 preguntas, puntuables entre 1 y 4 puntos, lo que permite obtener una puntuación mínima de 10 y máxima de 40. Las frases están enunciadas una mitad en forma positiva y la otra mitad en forma negativa, con la intención de evitar el llamado efecto de “aquiescencia autoadministrada”. No se establecieron inicialmente puntos de corte que permitieran clasificar el tipo de autoestima según la puntuación obtenida, aunque sí es posible establecer un rango normal de puntuación en función de la muestra que se tome como referencia.

Se propone para su descarga un interesante estudio de fiabilidad y validez de la escala de Rosenberg realizado en una muestra clínica española. La utilidad de este estudio se sustenta en el hecho de que la autoestima es un constructo de gran interés clínico por su relevancia en diversos cuadros psicopatológicos, así como por su asociación con la búsqueda de ayuda psicológica, con el estrés percibido y con el bienestar general (Garrido; 2014).

Por otro lado también existe el Test de Autoestima Escolar (TAE) de Piers y Harris, laborado por Marchant y cols. (2005).

El TAE-Alumno es un test estandarizado en Chile que tiene normas elaboradas en puntajes T por curso, desde tercero a octavo grado básico, y por edad desde 8 hasta los 13 años; permite ubicar el nivel de autoestima del niño en categorías que establecen relación con los puntajes T: normalidad, baja autoestima o muy baja autoestima.

Este test se conformó a partir de una selección de items del Test americano Piers Harris. El instrumento está compuesto de 23 afirmaciones, frente a cada una de las cuales el niño debe contestar “sí” o “no”. La prueba da un resultado único, no tiene subescalas, y los items que lo conforman pertenecen a las seis subescalas del test original: conducta, status intelectual, apariencia física y atributos, ansiedad, popularidad, felicidad y satisfacción (Brinkmann y Segure; 1988).

Coopersmith (referido por Crozier; 2001), realizó un cuestionario llamado Self-Steem Inventory (Cuestionario de Autoestima) para evaluar la autoestima de los niños. Los items se referían a diferentes zonas de la vida, incluyendo la escuela, las relaciones con compañeros y dentro de la familia. Administró el cuestionario a una muestra de niños entre 10 y 12 años y con base en sus respuestas, seleccionó a niños con autoestima alta, media o baja.

El autor mencionado anteriormente, identifica cuatro dimensiones de la autoestima: competencia, virtud, poder y aceptación social. En su trabajo seccionó cuatro dimensiones significativas para la autoestima:

- La aceptación, preocupación y respeto por las personas, y la significación que ellos tuvieron.
- La historia de éxitos y la posición que la persona tiene en la comunidad.
- La interpretación que el sujeto hace de sus experiencias.
- La que tienen los individuos de responder a la evaluación.

La prueba de Coopersmith, traducida al español, se estandarizó en la Universidad de Concepción, en Chile, por H. Brinkmann y T. Segure sobre la traducción de J. Prewitt Diaz en 1988.

Se realizó una investigación aplicada a 1398 alumnos de ambos sexos, de primero y segundo grado de enseñanza media, lo que permitió introducir mínimos

cambios en la terminología que se había usado en la traducción anterior. El inventario quedó compuesto por 58 ítems y permite medir la percepción del estudiante en cuatro escalas: autoestima general, social, hogar y padres, escolar-académica y, adicionalmente, una escala de mentira.

- Autoestima general: es el nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas autodescriptivas.
- Autoestima social: es nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas autodescriptivas en relación con sus pares.
- Autoestima hogar y padres: se refiere al nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas autodescriptivas en relación con sus familiares directos.
- Autoestima escolar-académica: se refiere al nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas autodescriptivas en relación con sus profesores (Brinkmann y Segure; 1988).

Este último test fue utilizado para comprobar la hipótesis de esta investigación, debido a que sus resultados son los que permiten aceptar o negar la relación entre la autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.

Hasta aquí se ha definido la autoestima como una valoración positiva o negativa de sí mismo, poseedora de componentes afectivos, cognitivos y conductuales. Se ha

hablado también de la influencia del entorno en la formación de una sana o baja autoestima y las características que permiten distinguir una de la otra.

Por otro lado, se han rescatado los pilares de la autoestima propuestos por Branden para poder lograr un trabajo significativo en las personas que poseen una autoestima deteriorada, a partir de los elementos que fortalecen la sana autoestima.

Sabiendo de la existencia de diversas pruebas, se decidió emplear del Inventario de Autoestima de Coopersmith, debido a que define la autoestima desde diferentes vertientes.

Los trastornos alimentarios están tomando fuerza en la cultura mexicana debido a los medios de comunicación y la sociedad, que conducen a la falsa creencia de que una sana autoestima se ve reflejada en la apariencia corporal. En este sentido, los jóvenes son más afectados por este trastorno, debido a que su autoconcepto no está definido por completo, de modo que son más vulnerables a críticas y/o influencias sugeridas por figuras públicas o de éxito.

El panorama anterior propicia que el adolescente busque la forma de agradar o a figurar (llamando la atención) ante quienes lo rodean de una manera equivocada, es por ello que la bulimia, la anorexia e incluso la obesidad constituyen los principales problemas de alimentación que los aquejan, de esto se hablará con detenimiento en el siguiente capítulo, para esclarecer la temática.

CAPÍTULO 2

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Degustar los alimentos representa uno de los placeres más excelsos de la vida, y no es únicamente cuestión de deseo: implica una necesidad primaria, ya que todos los seres humanos requieren de la ingesta diaria de nutrientes para sobrevivir. La comida, no obstante, es también fuente de problemas personales y de salud: en el primer caso, es una mezcla de gustos, en donde intervienen experiencias y particularidades que se han forjado a través de los años; en lo que concierne a la salud, en gran medida se ve afectada o beneficiada gracias a la posibilidad de adquirir una alimentación sana.

2.1 Antecedentes históricos de la alimentación.

Jarne y Talarn (2000) plantean una referencia histórica acerca de la conducta alimentaria en la cultura humana, donde hablan de desórdenes adjudicados a la cultura, sociedad o religión; destacan conductas que llevan al ser humano a autodestruirse por diversos factores. Existen varios casos en los que el individuo, por alcanzar la espiritualidad, practica el ayuno, como fue el de Catalina de Siena, a quien desde pequeña le inculcaron la religión. Ella comenzó con el rechazo de los alimentos como penitencia y después, su alimentación solamente era de hierbas y un poco de pan.

En la antigüedad, se sabe que en la historia de la cultura, era común la organización de banquetes y festines; aquel que los llevaba a cabo denotaba un estatus social importante o bien, implicaba un simbolismo religioso, en este contexto, vomitar para seguir ingiriendo alimento era habitual.

Uno de los aportadores fue Russell (citado por Jarne y Talarn; 2000) en 1969, quien identificó las características de los episodios de ingesta voraz y purga, a este comportamiento él lo nombraba anorexia nerviosa, pero si evolucionaba en frecuencia lo denominaba bulimia nerviosa. Existe una continuidad entre las dos, en la cual, el sujeto presenta los síntomas subclínicos.

2.2 Definición y características clínicas de los trastornos alimenticios.

Los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria. En este punto se desarrollan varias conductas y trastornos alimentarios que ayudan a entender de manera más clara a los trastornos alimentarios; entre ellos, la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa son los más frecuentes, su mecanismo de incidencia reside en alterar la percepción de la forma y peso corporal.

2.2.1 Anorexia nerviosa

Jarne y Talarn (2000) caracterizan la anorexia nerviosa por el rechazo a tener una imagen corporal donde el peso sobrepase e incluso esté en el límite de los valores

establecidos como normales para el peso. El método para lograrlo es la poca ingesta de alimento, ejercicio físico y conductas como la purga.

El DSM-IV (APA; 2002) menciona los criterios para el diagnóstico de anorexia nerviosa, los cuales serán nombrados a continuación:

- a) Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal, considerando la talla y la edad.
- b) Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- c) Alteraciones en la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- d) En las mujeres postpuberales, presencia de amenorrea.

Existen dos tipos de esta perturbación:

- 1) Restringido: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo limita la ingestión de alimento.
- 2) Purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo emplea regularmente a grandes ingestas o purgas.

Los individuos de la época actual cada vez se ven más afectados por diversos factores que despiertan el interés por tener un cuerpo que cumpla las expectativas

sociales: el no aceptarse y creer que el cuerpo se puede modelar a voluntad y creer que la única finalidad de los alimentos es subir de peso, una exagerada sumisión a los estereotipos de la moda y una creencia fiel a los medios de comunicación. Todos ellos son factores preocupantes, ya que propician la enfermedad.

Una tercera modalidad de anorexia nerviosa es la atípica. Según explican Castillo y León (2005), este término es utilizado cuando el sujeto con anorexia nerviosa no cumple con todas las características. Donde la probabilidad en la pérdida significativa de peso o la amenorrea, es menor, además no es debido a una etiología somática conocida.

2.2.2 Bulimia nerviosa

La bulimia nerviosa se caracteriza por episodios frecuentes de voracidad, seguidos de conductas compensatorias como el vómito provocado, el abuso de laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

Jarne y Talarn (2000) se refieren al síndrome bulímico como un trastorno que se identifica por un modelo de alimentación anormal, con episodios de ingesta voraz seguidos por conductas que ayuden a la eliminación de las calorías adquiridas, como el vómito, purgas o limitar los alimentos. Después de dicho episodio, el individuo se siente con mal humor, tristeza, autocompasión o desprecio.

Para conseguir el diagnóstico es importante tomar en cuenta los criterios que ofrece el DSM IV con mayor precisión, los cuales son los siguientes (APA; 2002):

- 1) Presencia de atracones, los cuales se caracterizan por:
 - Ingesta de alimentos en un corto espacio de tiempo, en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar o en las mismas circunstancias.
 - Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento.
- 2) Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de perder peso, como la provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas o fármacos, ayuno y ejercicio excesivo.
- 3) Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, en promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de tres meses.
- 4) La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporal.
- 5) La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Existen dos tipos:

- Purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o emplea laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

- No purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inadecuadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

La bulimia atípica, según Castillo y León (2005), se diagnostica cuando faltan síntomas o signos principales de la bulimia nerviosa. Con frecuencia se encuentran síntomas depresivos o episodios de ingestas excesivas de alimentos, purgas o vómitos.

2.2.3 Obesidad

Es un trastorno crónico que necesita atención, pero existe dificultad para diagnosticarla: aunque bien podría ser a simple vista, existen factores que dificultan dicha tarea, ya que depende de la cultura y sociedad.

Jarne y Talarn (2000) mencionan la teoría que dice: a mayor incremento socioeconómico y educativo, menor es la obesidad y los hábitos alimentarios apropiados; un estilo de vida sano también previene la obesidad.

2.2.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas

Castillo y León (2005) mencionan que el CIE-10 describe la hiperfagia, también llamada hiperfagia psicógena, como una ingesta exagerada en respuesta a alguna

situación estresante, dando como consecuencia la obesidad. Duelos, accidentes, intervenciones quirúrgicas y acontecimientos emocionalmente estresantes pueden ocasionar obesidad reactiva, en particular si el sujeto tiende a subir de peso con facilidad.

Si el sujeto sufre obesidad, podría generar falta de confianza en las relaciones interpersonales y baja autoestima, incluso el empleo de tratamientos farmacológicos como respuesta secundaria.

2.2.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas

A esta perturbación también se le da el término de vómitos psicógenos e hiperémesis gravídica psicógena, así lo determinan Castillo y León (2005). Los vómitos pueden ser frecuentes o repetitivos, no autoprovocados, en cuadros disociativos, y estar presentes en la hipocondría y el embarazo debido a cambios hormonales y factores emocionales.

2.2.6 Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia

Castillo y León (2005) mencionan un grupo de alteraciones alimentarias que se presentan en la niñez. En ellos, el menor rechaza la comida o presenta conductas caprichosas, alejándolo de una alimentación normal, y con frecuencia este comportamiento se hace presente ante quien lo alimenta generalmente. Esta conducta es común, pero si se presenta en un grado alarmante y el niño pierde o gana peso en

forma evidente, en un tiempo menor a un mes, se habla de la presencia del trastorno. De los más frecuentes, se mencionan tres que pueden tomarse para un diagnóstico diferencial:

- 1) Pica: cuando el sujeto ingiere sustancias no nutritivas, como tierra o trozos de pared con pintura. Si bien es normal en niños pequeños que se encuentran en etapa oral, deja de serlo cuando aparece por encima de los 18 meses y en este caso, puede ser síntoma de autismo o retraso mental.
- 2) Rumiación: aparece entre los tres y doce meses de nacido, es poco frecuente; el niño vomita la comida que está ingiriendo y desarrolla una pérdida de peso, debido a que no está teniendo la alimentación correcta ni debida, de acuerdo con su edad.
- 3) Potomanía: descrita por Castillo y León (2005), hace referencia a la ingesta excesiva de líquidos; en este último caso, al igual que en los anteriores, es aconsejable acudir con especialistas para descartar problemas orgánicos, esto evitará crear problemas adicionales.

Cuando se manifiestan los vómitos en la niñez, los padres se alarman porque lo confunden con un padecimiento físico, por esto es importante descartar si la causa del vómito no es una enfermedad médica, ya que puede ser simplemente rechazo a la comida o bien, a algún lugar o situación que al niño le parezca amenazante o indeseable, según lo describe Jiménez (1997).

2.3 Esfera oroalimenticia en el infante

Algunos autores como Ajuriaguerra (1973), consideran de gran importancia la alimentación infantil, aceptando que la succión juega un papel en sus primeras emociones del pequeño, para obtener ventajas de la lactancia materna. Este comportamiento oroalimenticio forma la relación objetiva al inicio de la vida, con los cuidados corporales.

2.3.1 Organización oroalimenticia

El camino hacia la autonomía oroalimenticia comienza desde el nacimiento según Ajuriaguerra (1973), con el reflejo de succión y deglución, llamado reflejo de búsqueda. El contacto con el pecho de la madre el infante comienza con la succión, como primera relación con el exterior. Esta reacción por sí misma no tiene carácter específico, se genera más bien por la repetición de satisfacción por necesidad biológica de alimentación. Dar alimento a un lactante no solo implica el acto de satisfacer sus necesidades nutrimentales, No es únicamente el acto de nutrición y proveer el alimento, sino la entrega de la madre hacia su hijo, es la actitud en la que se muestra y de esta forma, su cariño y atención satisfacen necesidades emocionales de la criatura.

Hay modificaciones en el mecanismo oroalimenticio con el paso del tiempo, en particular en la etapa del desarrollo donde se presenta la aparición de la dentadura, creando alteraciones en dicha esfera, que se explicaran a continuación.

Ajuriaguerra (1973), explica también que el simple hecho de alimentar al niño no solo es un acto de nutrición. Las madres son las mejores nodrizas debido al contacto físico con el niño, él encuentra su comodidad y reconocen el olor característico del acto, sus ansias son satisfechas y cran un lazo inseparable, así las madres no solo satisfacen el hambre sino todas las necesidades. La primera relación del madre e hijo está ligada a dicho acto, según señala M. Soulé (citado por Ajuriaguerra; 1973: 183): “El placer narcisista que a ciertas madres les produce el verlo comer sin complicación, rápidamente liberadas y mutuamente satisfechos, puede modificar favorablemente la relación inicial.” Es decir, si el niño se alimenta en mayor cantidad, la madre crea una sensación bienestar al creer que su desempeño como madre es el correcto.

El comer tiene varios significados: alimentarse, sentir un placer, el desarrollo o crecimiento. El niño puede crear un valor simbólico ante el alimento cuando sus padres lo someten a rituales familiares como el horario, otorgan el valor de regalo hacia los hijos, obligándolos a aceptar el alimento, así crean un vínculo familiar.

2.3.2 Alteraciones en la esfera oroalimenticia

Ajuriaguerra (1973) desarrolla varios tipos de alteraciones en la esfera oroalimenticia de la anorexia, las cuales se definirán a continuación.

La anorexia del recién nacido se subdivide en dos: la anorexia esencial precoz, que es cuando el niño presenta una conducta pasiva ante la comida, pero después de

un tiempo se muestra renuente a comer, esto se puede presentar desde las primeras semanas de nacido o el primer día, este tipo aparece rara vez. La anorexia del segundo semestre, por otra parte, aparece con mayor frecuencia entre el quinto y el octavo mes, al eliminar poco a poco la leche e ir variando el régimen, cuando aún es frágil su apetito, esto conlleva importantes cambios en su desarrollo infantil.

En el segundo semestre, J. Kreisler (citado por Ajuriaguerra; 1973) distingue dos tipos de anorexia: la simple es la conducta de rechazar y no es la pérdida de apetito, es parecida a la respuesta ante el destete, al cambio de alimentación; la compleja se identifica con la aparición frecuente de los síntomas, oponiéndose a los tratamientos comunes.

La anorexia de la segunda infancia surge cuando el menor es restringido por algunas cuestiones familiares, es decir, que los padres quieran que él lleve el mismo régimen alimenticio que los adultos, esto influirá en la evolución fisiológica respecto a la comida a futuro. Según la conducta que el niño presenta ante el alimento, se señalan dos tipos: la anorexia inerte se presenta cuando el infante actúa con apatía y no coopera al ingerir alimento, o sea, lo vomita, e incluso lo derrama al estar succionándolo. La anorexia de oposición se observa cuando el niño refleja su carácter ante la alimentación dada por los padres, valiéndose de varias conductas como el vómito, el rechazo, llanto, entre otras, donde se genera una lucha que los padres abandonan y generalmente el menor sale ganando.

2.4 Perfil de la persona con trastornos de alimentación.

Costin (2003) describe que el perfil de la persona con trastorno alimenticio no es fácil de referir, debido a que se detecta a partir de que el trastorno de comer ya existe, este afecta la personalidad con conductas absurdas hacia la comida causados por una dieta de exagerada oposición a los alimentos. De igual forma, cuando la persona se va recobrando, los síntomas van eliminándose.

Para entender mejor a dicho perfil, se presenta el concepto de la predisposición, que significa alistarse con tiempo para un fin determinado, donde los elementos como el contexto sociocultural y las características individuales de cada persona ayudan a llevarla a cabo; así como la precipitación, que es la acción de animarse a lograr o decir algo de una forma arrebatada y poco coherente.

A continuación se describen las características individuales y familiares habituales en los sujetos que se ven afectados por algún trastorno de alimentación.

- Los problemas de autonomía: radican en la dificultad del individuo para relacionarse con su entorno, actuando para los demás, donde satisface a los ideales de los padres, cumpliendo con expectativas ajenas. Los cambios son importantes (de escuela, amigos, regiones, entre otras) y afectan su seguridad creando sensaciones de ineficacia. Esta situación, si el sujeto es vulnerable, provoca un trastorno alimentario convirtiendo su cuerpo en símbolo de control, eficacia personal, identidad y autonomía.

- Déficit en la autoestima: el individuo joven crea la imagen de sí mismo, así como su autoconcepto; el hecho de que se acepte tal como es, se le conoce como autoestima. En este sentido, entre menos aprecio genere para sí mismo, más baja será su autoestima al no lograr el ideal que busca.
- Camino a la perfección y el autocontrol: el individuo joven tiende a ser perfeccionista, de modo que refuerza la inseguridad, debido a que se exige no fallar, en lugar de afirmarse en sus recursos, esto no le permite asumirse como humano. Ante ello, lo único que puede controlar es su ingesta de alimento y peso: cree que si transforma su imagen física, modificará su imagen interna, creando una confianza y seguridad falsa que le da el poder de control hasta que se da cuenta que dicho dominio se vuelve contra él.
- Miedo a madurar: el joven presenta un temor a dejar de ser niño debido a los cambios físicos que se presentan en la pubertad y la adolescencia, esto generalmente es influido por los padres. Con estos cambios, se presenta el aumento de peso. Los jóvenes con trastornos en la alimentación crean una dificultad para aceptar su cambio que refleja que han dejado la infancia, por lo que existe el temor a crecer y el manejar la independencia que esto conlleva.

2.5 Causas del trastorno alimenticio

Existen rasgos de personalidad que suponen cierta tendencia a caer más fácilmente en un trastorno de alimentación, pero dichos rasgos por si mismos no causan o producen el padecimiento. Es la combinación de múltiples factores lo que dará lugar a ello.

Se consideran tres tipos de elementos, según lo señala Costin (2003) los cuales son:

- Predisponentes (predisponer significa preparar algo con anticipación), son los que se atienden cuando ya existen elementos socioculturales o familiares que influyen directamente al sujeto para que se presente una alteración alimenticia.
- Precipitantes: (precipitar significa provocar la aceleración de los hechos) se denomina factor precipitante a cualquier elemento estresante que aparezca y que dé motivo a tomar la decisión, en este caso, de comenzar con dietas o ejercicios.
- Perpetuantes: (implican perdurar o extender) en este sentido, se deduce que este último factor es toda aquella acción que mantiene los problemas de alimentación, el régimen de ejercicio, las dietas, las mentiras, los efectos fisiológicos e incluso los daños psicológicos.

En el siguiente apartado se dará énfasis a los factores predisponentes.

2.5.1 Factores predisponentes individuales

Estos componentes intervienen directamente en la conducta de comer, incidiendo en el aprendizaje, las creencias, las actitudes y la construcción psicológica del individuo. Los individuos realizan una selección de los alimentos ingeridos, la cual es influida por el significado social, así se entrena al paladar; el sabor y olor están bajo el control cultural, este logra que el individuo vigile lo que ingiere, sin importar si es sano o no.

Los alimentos forman la identidad del individuo en términos de género, sexualidad, conflictos y autocontrol, así como la interpretación de la interacción social. El alimento por sí solo crea la comunicación de amor y de poder; es prestigio y riqueza, así como también es una fuente de placer, gratificación personal y/o alivio de estrés (Ogden; 2005).

En la cotidianidad existen diferentes rituales alimenticios que el individuo sigue sin saber cuánto le afecta, estos van desde festines, reuniones sociales, culturales, religiosas, familiares e incluso en las comidas individuales, donde el sujeto cataloga los alimentos de maneras diversas. A continuación se mencionan tres sistemas de clasificación de las comida, basadas en la perspectiva de Helman (citado por Ogden; 2005):

1. Comida frente a no comida: determina si una sustancia se puede ingerir o no.
2. Comidas sagradas frente a profanas: diferencia los alimentos permitidos por las creencias religiosas.
3. Clasificación de comidas paralelas: los alimentos son encasillados como calientes o fríos, esto no depende de la temperatura, sino del valor simbólico que varía de una cultura a otra.
4. Comida como medicina, medicina como comida: detalla la división y el solapamiento entre comida y medicina, es decir, que el sujeto se alimente con comida que reconoce como medicinal, eliminando el resto para evitar un malestar.
5. Comidas sociales: aquí se describe el modo en que la comida figura en el ambiente social, con platillos extraños y costosos para crear un estatus y la identidad ante un grupo de individuos.

No obstante, el carácter y significado del alimento es un acto de comunicación, al transmitir el sentido del yo entre individuos y fundamentar la identidad cultural; asimismo, está ligado al género y a la idea de ser mujer, debido a que representa la sexualidad y los conflictos entre culpabilidad y placer, comer y negación, y representa una expresión de autocontrol. La comida y sexualidad se relacionan debido a que la cultura así lo hizo y lo seguirá haciendo, las empresas de alimento lo utilizan para generar ventas, logrando influir a los individuos más vulnerables. Comer frente a la negación conlleva a conflictos intrapersonales, las mujeres (quienes proveen de alimentos a la familia) se niegan a sí mismas el placer de algunos alimentos que elaboran para los demás, se restringen por un ideal de figura física, dejando que el

resto sí los consuma. Es decir, la respuesta sobre el alimento comunica y desencadena un conflicto entre la conducta de comer y la negación, sobre todo para las mujeres.

En cuanto a la culpabilidad frente al placer existen alimentos que generalmente son dulces o poco nutritivos y altos en grasa, que forman en el individuo el sentimiento de culpabilidad, y sensaciones de comer o seguir comiendo y después un odio hacia sí mismo. Después de la ingesta de estos alimentos aparece la culpa y la vergüenza, una sensación de complejo, desesperación y perversidad. En resultado a dicha conducta se crea un conflicto interno entre la culpa y el placer. Respecto a la comida y el autocontrol o la pérdida de este, el sujeto crea la idea de poder controlar lo que ingiere, basado en una ganancia secundaria de reconocimiento, valor, voluntad, disciplina, entre otras características. En conclusión, la comida comunica aspectos del yo en relación diversos aspectos y es una declaración de autocontrol.

La comida como interacción social, se vuelve un instrumento de comunicación debido a que en algunas culturas se utiliza para conversar con los miembros de la familia, en cuya acción su consumo ocupa un lugar central.

La comida es además, un vehículo amor, los alimentos juegan un papel para demostrar afecto a los seres queridos: desde los dulces e incluso los comestibles sanos crean una atmósfera de preocupación y bienestar para quien los provee.

Otra clasificación respecto a la comida, se explica a continuación:

- Salud frente a placer: existen conflictos ante estas dos formas de alimentar, debido a que los alimentos saludables no son siempre los preferidos por los demás, siendo así, la comida poco nutritiva suele ser la preferida.
- Relaciones de poder: se crea una relación de dominio por los alimentos ingeridos dentro de la familia, creando jerarquías en las mismas, donde el hombre debe alimentarse mejor y de forma suficiente, dejando a la mujer y a los niños en un nivel más debajo; la mujer ingiere menos alimento debido a la preocupación de su figura.
- La comida como identidad religiosa: tiene un papel importante al crear la idea que al preparar determinados alimentos, se tiene una santidad.
- La comida como poder social: es una insignia primordial del valor colectivo, entre otros aspectos ya descritos anteriormente. Existe la privación de alimento para lograr y seguir una causa social, como las huelgas de hambre, que se utilizan en forma de protesta por las personas oprimidas. La presencia de alimento personifica un poder social y su rechazo a la figura poderosa, para recobrar el control de lo perdido (Ogden; 2005).

2.5.2 Factores predisponentes familiares

La familia, señala Costin (2003), influye de manera notable en el desarrollo del niño, pero es en la juventud cuando este factor familiar afecta al individuo. En la cultura

familiar existen diversas formas de comunicarse entre los miembros, manifestando las características propias tanto de los jóvenes como de los padres y del rol que tienen ambas partes en la familia.

Con la aparición de estas características familiares de sí mismo o rasgos individuales, no se genera un trastorno alimenticio, solo se predispone a que pueda suceder. En la combinación de lo personal y familiar con otros factores contextuales, se puede precipitar la situación.

Es cotidiano pensar que la causa principal de los trastornos alimentarios es la familia, pero esto no es precisamente así, debido a que influyen otros factores, además, cada individuo reacciona de manera diferente ante las situaciones en las que se ve inmerso. Cuando un miembro de la familia se encuentra dentro del trastorno, el resto de los miembros lo vive con él, afectando su estructura y obligándolos a formar parte del tratamiento y recuperación, otro factor que afecta es el sociocultural, del cual se hablará con mayor profundidad a continuación.

2.5.3 Factores socioculturales

Los factores predisponentes socioculturales, nombrados por Costin (2003), incluyen la presión social para ser delgada, en este contexto el peso tiene una

importancia mayor, sobre todo en las mujeres, debido a que la sociedad que las rodea, las bombardea con información en la que les prometen que al estar delgadas, tendrán aceptación y éxito, de igual forma, podrán ser más atractivas. La sociedad aplaude la delgadez y critica la gordura, esto sucede en mujeres de clase media y alta. Las mujeres de clase baja no están expuestas a este factor, a excepción de que por su trabajo tengan contacto con las clases media y alta.

La sociedad comunica que la mujer delgada es atractiva físicamente y exitosa, pero a la vez expresa que una mujer atractiva no es inteligente, creando confusión por su dicotomía entre las expresiones sociales. Así, se deja una idea aberrante a las mujeres: si quieren ser inteligentes, serán poco atractivas y criticadas por la sociedad.

Las personas que sufren trastornos de la alimentación se obsesionan con la comida, prefieren ignorar el pensamiento de si están haciendo lo correcto, teniendo un desempeño pobre en sus actividades cotidianas, por la falta de nutrientes necesarios para ello. La sociedad genera prejuicios que presionan a buscar la figura ideal, como los generados por ser obeso: ya que se cree que esta condición la adquieren por un consumo excesivo de comida, así como la creencia de que el obseso tiene conflictos emocionales por su condición física, cuando la realidad es que los conflictos generados son por la discriminación social que el obeso vive con mayor frecuencia que los delgados. Otro prejuicio son las dietas: existen variedad de ellas en todos lados, creando la necesidad de sacrificio para lograr el objetivo; la sociedad distribuye herramientas que ayudan a que el individuo bajo una dieta logre bajar de peso, por otra parte, no es que el sujeto tenga poca voluntad para seguir con ello, es que están

diseñadas para hacer claudicar a un determinado tiempo. Estas ideas solamente dejan un sentimiento de descalificación por no lograr el objetivo deseado; al culparse por esa falta de voluntad, los individuos se ven inmersos en ciclos interminables de dietas, donde aparte de reafirmar el fracaso, incrementan la inseguridad.

Todo esto crea que el individuo comience a cambiar su conducta, debido a los factores que lo orillan a formar la imagen de sí mismo, con base en la cultura, la sociedad y la familia, para lograr tener una comunicación con quienes lo rodean. A continuación se ilustra cómo el individuo afectado crea una imagen física.

2.6 Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio

Las características psicológicas que se observan en las personas con trastornos alimenticios, implican la aparición del trastorno de la imagen corporal, cuyo concepto se desarrolla a continuación (Jarne y Talarn; 2000).

El trastorno de la imagen corporal se refiere a cuando el individuo está inconforme con su apariencia física y con él mismo, lo cual se relaciona con una baja autoestima. En este contexto se crea una obsesión por perder peso o llegar a la delgadez extrema, para lograr la satisfacción, eliminar las críticas y exigencias sociales y acercarse a los estereotipos de moda. Esta es la percepción física consciente del sujeto, donde se ven envueltos los sentimientos y actitudes que se tienen del propio cuerpo, todo ello se delimita a dos aspectos que la conforman: el cognitivo (percepción del cuerpo) donde la imagen puede o no ser la real, dependiendo del grado de estima

de las proporciones corporales, y el emocional, que refiere a pensamientos y actitudes de su cuerpo, al grado de satisfacción o insatisfacción física.

Ogden (2005) refiere que en la insatisfacción corporal, generalmente el sujeto crea una preocupación por subir de peso, generando así una inconformidad con su imagen. Esta situación se define en tres perspectivas distintas, que son:

1. Imagen corporal deformada: creencia de reflejar mayor peso o volumen en su aspecto físico de lo que en realidad es.
2. Discrepancia del ideal: el sujeto cree que su cuerpo tiene el peso mayor al que él desea.
3. Respuestas negativas al cuerpo: el rechazo del aspecto físico que en realidad tiene el sujeto.

La presencia de dicha insatisfacción tiene una relación con el género, debido a afecta de manera diferente a hombres que a mujeres: generalmente ellas prefieren estar delgadas y buscan la forma de lograrlo con dietas que provienen de cualquier fuente, siempre y cuando logren su objetivo. Las partes del cuerpo femenino que en ellas generan más insatisfacción son el estómago, las caderas, los muslos y las nalgas, la inconformidad con estas partes del cuerpo es en su mayoría por el exceso de tamaño. En cambio los hombres crean una insatisfacción física más enfocada en la apariencia que logre un atractivo masculino, buscan la fuerza en el tronco, brazos, pecho, estómago y su condición física. A diferencia de las mujeres, los hombres desean un cuerpo con volumen que refleje su fortaleza.

Las causas de la insatisfacción corporal enfatizan el papel que desempeñan los factores tanto sociales como psicológicos en el individuo.

En los componentes sociales influyen los medios de comunicación, debido a que únicamente aparecen personas delgadas en revistas, periódicos, cine, televisión y anuncios, dando a entender que esas personas son felices no solamente por el producto, sino por su apariencia física, afectando a consumidores vulnerables o insatisfechos con su cuerpo. De igual forma, la cultura crea esta necesidad de ser delgado, debido al carácter propio y al estrato social a la que el sujeto pertenece, donde si se es delgado, la relación se da con mayor fluidez entre las clases sociales media y alta, entrando así a su círculo de creencias y ritos. Por último, la familia también contribuye a que aparezca la insatisfacción, ya que si la madre o incluso el padre esta insatisfecha físicamente, buscan en repetidas ocasiones y de diversas formas tener un cuerpo delgado, esto se trasmite a los hijos, creando la misma idea sobre su propia insatisfacción.

En los factores psicológicos influyen las creencias y la relación que existe entre madre e hija, y que fomentan la insatisfacción. En las creencias sobre el logro para obtener el peso ideal, se genera una presión por lograrlo, sobre todo en mujeres. Esta situación cambia según las características de cada entidad o cultura, surgiendo la competitividad, el éxito material, el rol de las madres, los estereotipos de belleza, el logro, y las relaciones entre padres e hijos, así se crea una estructura de creencias sobre el cuerpo, basada en familia y cultura. En cuanto a la relación entre madre e hija,

es complicada, sobre todo en la etapa de la adolescencia, donde existe una separación de ambas debido al propio desarrollo humano. Buch (citado por Ogden; 2005) afirma que la anorexia es la respuesta al conflicto de la pequeña para desarrollar su propia identidad, donde la madre limita la autonomía, al no aceptar que sea capaz de lograrla y pone sus propias expectativas en la hija.

Respecto a la insatisfacción corporal, puede ser causada, si el individuo es vulnerable, por los medios de comunicación y relacionada con la cultura, la clase social, la insatisfacción de la madre, e incluso el impacto de esas influencias sociales puede estar intervenido por factores psicológicos como las creencias y la naturaleza de las relaciones. Como consecuencia, para modificar sus cuerpos las mujeres se someten a regímenes alimenticios que ayudan a lograrlo y buscan medios para bajar de peso con conductas como el fumar, hacer ejercicio y las cirugías estéticas. Los ejercicios que realizan ellas incluyen el yoga, la danza o natación con mayor frecuencia, para obtener beneficios de salud, pero su verdadera motivación es la pérdida de grasa, la modificación corporal y el ser atractivas. Las cirugías estéticas son otra forma de obtener esta meta, las más comunes son el aumento de pecho y la liposucción, controlando su aspecto de manera libre. En el caso de los hombres, las cirugías son poco frecuentes, pero el ejercicio por lo general es por diversión, ya que ellos practican deportes en grupo donde su motivación es divertirse y relacionarse con otros. La mayoría quiere desarrollar masa muscular y alcanzar el ideal masculino.

2.7 Factores que mantienen los trastornos alimenticios

Los factores predisponentes y precipitantes contribuyen al desarrollo de los trastornos alimenticios. Las complicaciones de orden fisiológico y psicológico que se derivan del trastorno son los factores perpetuantes, así los denomina Costin (2003), es decir, que dichos factores hacen que el problema se mantenga.

Costin (2003) menciona que la dieta es un factor perpetuante por excelencia, debido a que el cuerpo está subalimentado, esta condición causa un malestar anímico y emocional, así como la falta de fuerzas en la persona, por ello se ve afectado el organismo y el estado general del sujeto.

Existen investigaciones realizadas que evidencian algunos malestares anímicos y físicos que surgen durante el trastorno, como consecuencia de una dieta y un ayuno restrictivo.

En lo que respecta al estado anímico, el efecto es un bajón del mismo, donde existe desesperación sobre el futuro, sensaciones de descontrol y depresión, inseguridad, comportamientos autodestructivos, irritabilidad y asco frente a los hábitos alimenticios de otras personas. Los pensamientos son fatalistas y obsesivos, hay dificultad para comprender y el estado de alerta de encuentra disminuido.

Respecto a las transformaciones físicas que se detectan son: cefaleas, hipersensibilidad a la luz y ruidos, molestias gastrointestinales, calambres, pérdida de cabello, disminución de la tolerancia al frío, cambios cardiacos, interrupción de la

menstruación, debilidad muscular, deshidratación, entre otros. En general, la actividad física se observa disminuida.

Costin (2003) asegura que el origen de todos los trastornos de alimentación es una dieta restrictiva, que ocasiona alteraciones traducidas en síntomas orgánicos y emocionales, lo cual complica la identificación de sintomatología por inanición o rasgos de personalidad. Además, deja claro que la privación alimenticia es formadora de hábitos, de tal modo que la comida y lo referente a ella se vuelve una obsesión que enferma, de esta manera, se concluye que lo adictivo en un paciente es la dieta y no la comida en sí.

2.8 Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios

En este subcapítulo se hablará de la comorbilidad (es un término médico, que se refiere a la presencia de uno o más trastornos o enfermedades, además de la enfermedad o trastorno primario, y el efecto de estos trastornos o enfermedades adicionales) de trastornos alimenticios. El principal conflicto que surge al examinar la personalidad de los pacientes con dichas perturbaciones es que algunas de sus conductas son causadas por la desnutrición, debido a la inanición a la que se someten, incluso el estímulo puede aumentar las características que ya estaban presentes en el individuo.

Los trastornos se presentan en mayor o menor medida en la mayoría de los trastornos psicopatológicos. Se presenta de manera fugaz y momentánea y se asocia

a la enfermedad de base. A continuación se describen algunos de los trastornos que se asocian, según lo mencionan Jarne y Talarn (2000):

- Trastorno de alimentación en la esquizofrenia: aparece con frecuencia, tanto en los episodios agudos como en las evoluciones cronificadas de la psicosis esquizofrénica, que lleva un rechazo inminente de los alimentos; esto también se puede observar en pacientes catatónicos. La negación a la ingesta de comida se debe al aislamiento del medio ambiente, siendo característica de dicho trastorno la ideación delirante de envenenamiento, entre otras. En la esquizofrenia cronificada, el paciente ingiere productos que no son alimentos, como la madera y tierra entre algunos otros; también puede presentarse la coprofagia (la ingestión de excremento).
- Trastornos de la alimentación en las depresiones: aparece con mayor frecuencia en los trastornos afectivos. En la depresión mayor con melancolía aparece la anorexia como uno de los síntomas que forman parte de los criterios para el diagnóstico. Aparece la disminución del consumo de alimento, aunque existen otros casos donde este se incrementa, haciendo un trastorno por exceso que es frecuente en algunas formas atípicas de melancolía y en algunas depresiones mayores. Los pacientes que presentan una ideación delirante de ruina, no consumen alimento porque no cuentan con la solvencia para adquirirlo; en los delirios nihilistas el paciente no cree que valga la pena alimentarse, debido a que de todas formas morirá. En el síndrome de Cotard, donde se conjugan la ideación delirante, delirios nihilistas y la hipocondría, los

pacientes expresan que están podridos por dentro o vacíos, razón que los lleva a no alimentarse. En las depresiones menores y reactivas, el trastorno alimentario no es tan agudo, aparece transitoriamente con el nivel de tristeza más alto y se corresponde con la fase aguda del trastorno.

- Trastornos de la alimentación en la manía: en la fase aguda de la manía, los pacientes podrían contar con episodios sin necesidad de alimento o bien, de ingesta excesiva, comiendo en pequeñas porciones de diferentes platillos sin terminar con ninguno en particular. En la fase hipomaniaca, la alimentación podría ser excesiva en cantidad o en alimentos de su preferencia.
- Trastornos de la alimentación en las fobias: en gran parte de los trastornos fóbicos hay relación con los alimenticios, excepto los que se refieren a la comida o a la deglución, en este caso el sujeto relaciona algún alimento con un evento traumático acompañado de conductas ansiosas y evitación, como es el miedo a tragar y morir asfixiado; la fobia es por alimentos determinados por el paciente.
- Trastornos de la alimentación en la ansiedad: no existe un trastorno alimenticio específico asociado con la ansiedad. El trastorno ansioso de presentación aguda, causa pérdida de apetito de forma moderada pero sostenida, afectando al paciente. De este modo, el sujeto pierde el control sobre la ansiedad a ciertos alimentos, dando lugar a mecanismos para satisfacer su apetito.

- Trastornos de la alimentación en el padecimiento obsesivo-compulsivo: este no tiene demasiada compatibilidad con los alimenticios, solo cuando el paciente relaciona su obsesividad con la comida, ingiriéndola lentamente y de forma meticulosa, en ocasiones se acompaña de duda respecto a si los alimentos están sucios o contaminados.

2.9 Tratamiento de los trastornos alimenticios

La anorexia y demás trastornos de alimentación ofrecen diferentes obstáculos al tratamiento, por ello, las técnicas de tratamiento son diversas y dependen en gran medida del tipo de paciente y de la gravedad de sus padecimientos.

Por otra parte, se ofrece el psicoanálisis tradicional, para desenmarañar los afectos y las causas que originan el padecimiento, sin embargo, se tiene la desventaja de ser lento. Se propone también trabajar desde un enfoque neopsicodinámico donde se otorgue al paciente un sentido de sí mismo, de identidad y de funcionamiento autónomo. Se sugiere una terapia conductual, la cual aporta grandes beneficios. Se basa en el control del comportamiento observable a través de estímulos que le preceden o le suceden. Se pueden plantear técnicas dirigidas a la recuperación y mantenimiento de peso, con sus respectivos refuerzos y entretenimiento en habilidades sociales, con el fin de reducir la ansiedad y la depresión.

Por otra parte, se encuentra la terapia cognitivo conductual, que busca relacionar el pensamiento, la emoción y la acción, dirigidos a la recuperación del

padecimiento. La estrategia consiste en lograr que el paciente examine la validez de sus creencias y las cuestione sistemáticamente, con la finalidad de modificarlas y después automatizarlas. El modelo sistémico familiar también ofrece ventajas, pues se intenta modificar la estructura familiar disfuncional, sin recurrir a explicaciones. Esta terapia no tiene por objeto el *insight* (revelación), ni la catarsis, sino que son planes de acción para remplazar patrones interactivos disfuncionales (Rausch; 1997).

En lo que respecta a la interacción, los métodos de tratamiento son variables, dependiendo de cada situación. En general, se realizan los siguientes pasos: en primer lugar el diagnóstico, justo con el pronóstico y la comunicación del informe a los padres, justo con las actividades que serían utilizadas para la mejoría de los pacientes.

Las clínicas suelen tener personal capacitado como enfermeras, nutriólogos, psiquiatras y todo el equipo necesario para atender casos de esta índole.

La visita e integración de los padres o familiares depende de las premisas de cada sanatorio y se condicionan a las mejorías de cada paciente. Usualmente se recurre a este tipo de tratamiento cuando el trastorno alimenticio es crónico, si existen demasiadas complicaciones físicas y se necesita el monitoreo por parte de los médicos (Rausch; 1997).

Una vez expuestos los pormenores sobre el tratamiento de los trastornos alimenticios, se da por concluido el capítulo referido a dicho fenómeno y, por ende, el marco teórico. En el resto de este documento se examina la metodología empleada en la recolección de datos, así como los resultados obtenidos.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En el presente capítulo se expone una descripción metodológica de los aspectos que hacen válida una investigación de tipo científico, como la presente. Específicamente, se muestra la descripción metodológica, la cual incluye el enfoque del estudio, su alcance y tipo de diseño, técnicas e instrumentos utilizados; conjuntamente, se incluyen características de la población y la muestra, el procedimiento de recolección de datos, su tratamiento y las conclusiones obtenidas.

3.1. Descripción metodológica

Hernandez y cols. (2010) explican que existen diversas corrientes de pensamiento para la búsqueda del conocimiento, en esta investigación se habla únicamente de dos de ellas: la cuantitativa y la cualitativa, dichas orientaciones son diferentes, pero comparten cinco fases similares, las cuales se describen a continuación:

1. Realizan la observación y evaluación de los fenómenos.
2. Forman suposiciones o ideas como resultado de la observación y evaluación ya elaboradas.
3. Señalan el grado en que las suposiciones o ideas tienen fundamento.

4. Examinan dichas suposiciones o ideas sobre las bases de las pruebas o del análisis.
5. Presentan nuevas observaciones y evaluaciones para esclarecer, modificar y fundamentar las suposiciones e ideas o incluso, para generar otras.

Aunque estos modelos compartan estas fases generales, cada uno tiene sus propias características. Las del modelo cuantitativo serán descritas a continuación.

3.1.1 Enfoque cuantitativo

El enfoque cuantitativo, según Hernández y cols. (2010), se caracteriza por la recolección y el análisis de datos, para dar respuesta a las hipótesis o, como en el caso del presente estudio, también a la pregunta de investigación. Hace uso de la estadística para predecir de manera exacta los patrones de comportamiento de la población estudiada.

El estudio cuantitativo propone variables con la finalidad de llegar a aportar proposiciones y emitir recomendaciones. En este enfoque, el investigador realiza los siguientes pasos:

Plantea un problema de estudio delimitado y concreto. Sus preguntas de investigación se ocupan sobre cuestiones específicas, una vez planteado el problema de estudio, se revisa lo que se ha investigado anteriormente. Sobre la base de la revisión de la literatura se construye un marco teórico, de esta teoría derivan hipótesis

que se someten a prueba mediante el empleo de los diseños de investigación apropiados. Para obtener tales resultados, el investigador recolecta datos numéricos de los objetos, fenómenos o participantes, que estudia y analiza mediante procedimientos estadísticos (Hernández y cols.; 2010).

Las hipótesis se generan antes de recolectar los datos y esta tarea se fundamenta en la medición, los datos se representan mediante números y se deben analizar a través de métodos descriptivos; en el proceso se busca el máximo control. Los datos se fragmentan para responder al planteamiento del problema, el cual debe ser lo más objetivo posible, para que los fenómenos observados no sean afectados de ninguna forma por el observador (Hernández y cols.; 2010).

Para la tarea antes mencionada, se sigue un patrón predecible y estructurado, en el cual los datos obtenidos se pretenden generalizar de un grupo a una colectividad mayor; en este sentido, la meta principal es la construcción y demostración de teorías.

Si la investigación sigue rigurosamente el proceso, los datos recabados poseen los estándares de validez y confiabilidad, y las conclusiones derivadas contribuyen a la generación de conocimientos. El investigador busca la lógica o el razonamiento deductivo, que ocurre en la realidad externa del individuo (Hernández y cols.; 2010).

De esta manera, se puede afirmar que el enfoque cuantitativo es de utilidad para clasificar adecuadamente la relación entre el nivel de autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en adolescentes.

3.1.2 Investigación no experimental

La investigación es definida por Hernández y cols. (2010) como el conjunto de procesos sistemáticos, críticos y empíricos que se aplican en el estudio de un fenómeno.

Existen dos tipos de estudio para la investigación: el experimental y el no experimental. El primero de ellos se refiere a las investigaciones en las que el investigador provoca intencionadamente una situación a la que son expuestos algunos individuos; los estudios no experimentales, por otra parte, son aquellos que se realizan sin manipulación deliberada de variables y en los que solamente se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos. Las variables independientes surgen haciendo imposible su manipulación, no hay control, ni influencia sobre las variables por parte del investigador, debido a que ya sucedieron y generaron efectos.

Esta investigación se considera no experimental debido a que es sistemática y empírica, en ella no existe ningún manejo de las variables. Se indagó la relación entre el nivel de autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en adolescentes, con una población y muestreo específicos que ayudan a esclarecer dichas variables, en conjunto con la aplicación de pruebas estandarizadas que corroboren la relación entre ellas. La investigadora no interfirió en el resultado, no

existe manipulación de dichas variables, únicamente se detectó el nivel que se estaban presentando en la población.

3.1.3 Diseño transversal

De acuerdo con Hernández y cols. (2010), el diseño de tipo no experimental tiene dos vertientes: la transversal y la longitudinal, esta última recolecta datos en diversas ocasiones, realiza una comparación entre los resultados y hace inferencias a partir de estos.

El diseño transversal, en cambio, se basa en analizar el nivel de las variables en un tiempo determinado, la evaluación de una situación, comunidad, evento, fenómeno o contexto en un punto de tiempo, para determinar la relación entre las variables. Así lo mencionan Hernández y cols. (2010).

A diferencia del diseño longitudinal, en el transversal se “recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar sus incidencia e interrelación en un momento dado”. (Hernández y cols.; 2010: 151), por este motivo, el diseño antes mencionado se apega a las características necesarias para realizar la investigación.

3.1.4 Alcance correlacional

Los estudios correlacionales responden a las preguntas de investigación que corresponden a la estructura de la se planteó en el presente estudio. Se caracteriza porque asocia variables mediante un patrón predecible para un grupo o población, según lo mencionan Hernández y cols. (2010). Tiene la finalidad de determinar la relación de asociación que existe entre las variables; al evaluar la relación entre ellas se mide, cuantifica y analiza la vinculación. La utilidad primordial de dichos estudios en grupos, es la predicción del valor aproximado que existe de la variable, a partir del valor que tienen las relacionadas. La correlación se puede dar de dos formas: positiva, en la que cuando una variable tiene un valor alto, la segunda también lo posee, o viceversa, cuando la primer variable tiene un valor bajo, la segunda también. La negativa, por su parte, es cuando una variable presenta un valor alto, mientras que la segunda posee un valor bajo.

3.1.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para llevar a cabo la recolección de datos se contó con pruebas estandarizadas, las cuales sirven como herramienta de trabajo, pues ya han llevado un proceso en el que se verifican su validez y confiabilidad, esto asegura que los resultados arrojados en cada prueba sean lo más apegados a la verdad.

Dichas pruebas exigen llevar un proceso específico y riguroso desde la aplicación hasta la calificación e interpretación de datos, como lo sugieren Hernández y cols. (2010).

Para la variable de autoestima, fue utilizado el Inventario de Autoestima de Coopersmith; su autor fue Stanley Coopersmith y la adaptación fue elaborada por Dr. Prewitt-Diaz en 1984. El instrumento está conformado por 58 reactivos, diseñados para valorar el nivel de autoestima en adolescente y jóvenes. Su aplicación va desde individual a grupal según el propósito del investigador (Brinkmann y Segure; 1988).

La prueba se divide en cinco subescalas, las cuales son descritas a continuación:

1. Autoestima general: se conforma de 26 reactivos, se relaciona con el concepto que presenta el adolescente de sí mismo.
2. Autoestima social: está formada por 8 reactivos que abarcan la preocupación de las ideas que los demás expresan para el sujeto.
3. Autoestima escolar-académica: cuenta con 8 reactivos, se enfocan en el pensamiento que el individuo tiene de sí mismo en el área educativa.
4. Autoestima familiar (referida al hogar): cuenta con 8 reactivos, engloba la percepción que tiene el individuo en las relaciones y funciones del hogar.
5. La subescala de mentira: la conforman 8 reactivos y fue creada para descubrir conformidad o la falsificación deliberada de resultados.

Para la validación de la prueba anteriormente mencionada, se calculó el nivel de autoestima en 100 alumnos, adolescentes de la Escuela Telesecundaria ESTV16039 de Taretan, Michoacán.

Para la obtención de los indicadores de trastornos alimenticios, se utilizó el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2), de David M. Garner (1998). Consta de 91 reactivos en forma de afirmación. Cuenta con 11 subescalas, las cuales son: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social

Dicha prueba puede ser aplicada a sujetos de 11 años de edad en adelante. Su confiabilidad fue establecida mediante el coeficiente de consistencia interna. Este cálculo se denomina Alfa Cronbach, y se obtuvo un puntaje de 0.80.

3.2. Población y muestra

A continuación se describen de manera detallada las características de los sujetos que participan en esta investigación, así como el proceso de selección de los mismos.

3.2.1 Delimitación y descripción de la población

La población, según lo descrito por Selltiz, “es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones” (citado por Hernández y cols. 2010: 174).

Para esta investigación se contó con la participación de los alumnos de la Escuela Telesecundaria ESTV16039, que pertenece a la zona escolar 273, sector 23, ubicada en la calle Michoacán s/n, en Tomendán, municipio de Taretan, Michoacán. La institución cuenta con 135 alumnos, con edades que oscilan entre los 12 a los 16 años.

Los alumnos pertenecen a un nivel socioeconómico bajo a medio bajo, en su mayoría vienen de padres separados por divorcio o que radican en el extranjero; siendo criados por la madre o los abuelos, respectivamente.

3.2.2 Proceso de selección de la muestra

La muestra, definida por Hernández y cols. (2010), es un conjunto de elementos que pertenecen a una población. Una muestra es un número menor del conjunto poblacional que cuenta con las mismas características de la población y que facilita la medición de variables, para posteriormente generalizarlas. Pocas veces se tiene la oportunidad de medir a toda una población, por ello la ventaja de utilizar una muestra.

Para esta investigación se buscó un muestreo no probabilístico, que es aquel donde la selección de los sujetos no depende de la probabilidad o el azar, por el

contrario, se utilizan criterios previamente seleccionados para finalidades prácticas del investigador.

Así pues la selección de la muestra fue intencional, que según Kerlinger (citado por Hernández y cols.; 2010), es aquella en la que los sujetos son seleccionados en función de las necesidades del propio investigador y de los requerimientos del estudio. Esta técnica permite y facilita los estudios donde los recursos y el tiempo son limitados.

Mediante este muestreo se contó con la participación de 80 hombres y 20 mujeres, con edades de 13 a 15 años

3.3 Descripción del proceso de investigación

Toda investigación requiere de un proceso sustentado en la validez de sus instrumentos, así como de la metodología y de los procedimientos específicos para recopilar la información necesaria. Por lo anterior, es imprescindible detallar la secuencia utilizada para la realización de esta tesis.

La intención de realizar este estudio se origina debido al conocimiento previo, basado en investigaciones locales acerca de los porcentajes elevados de autoestima y actos de conducta alimentaria inadecuados, que ocurren en adolescentes. La población fue elegida con base en que se han encontrado estudios diversos realizados en escuelas secundarias y de nivel medio superior. Se consideró importante efectuarlo

en esta población, para investigar si los indicadores se pueden detectar a temprana edad y no solamente en estados agudos, como suele ser el caso de los adolescentes.

Tanto los objetivos como las hipótesis fueron planteados de tal forma que al término de esta investigación, fuera posible responder objetivamente a cada uno de ellos.

Se elaboró un marco teórico de dos capítulos: en el primero se habla de la variable autoestima, en tanto que en el segundo se examinan concretamente cada uno de los trastornos alimentarios, así como las posibles causas y consecuencias.

Previo a la realización de marco teórico, se realizó una solicitud por escrito, dirigida al director de la Escuela Telesecundaria ESTV16039, requiriendo la autorización para aplicar los instrumentos de medición de variables que servirían para la comprobación de la hipótesis. El permiso fue otorgado con apertura y amabilidad del director. Previamente se acordaron fecha y hora de aplicación, por lo que se hizo en tiempo y forma, según lo acordado.

Se procedió a administrar los instrumentos simultáneamente en los nueve salones. Primeramente se aplicó el Inventario de Autoestima de Coopersmith. Una vez termina la aplicación, se continuó con la aplicación de la prueba EDI-2. En cada salón la aplicadora leyó reactivo por reactivo, de ambas escalas, para tener mayor control sobre el grupo y explicar algunos. El tiempo de aplicación fue de cincuenta minutos aproximadamente.

En general, los sujetos se mostraron dispuestos a cooperar y atentos a las indicaciones, aunque los murmullos e intentos por compartir experiencias respecto a algún reactivo no se hacían esperar. El aplicador de la prueba se ocupó adecuadamente de centrar la atención en la prueba cada vez que fue necesario.

La aplicación de los instrumentos fue realizada en 135 alumnos, hombres y mujeres, con edades entre los 12 y 15 años de edad. Fueron eliminadas 35 pruebas, debido a que rebasaron el rango de mentira según el Inventario de Autoestima de Coopersmith. Al final resultó un muestra de 100 sujetos.

El Inventario de Autoestima de Coopersmith, fue calificado mediante una plantilla, que recolectaba puntos a sumar para cada una de las escalas mencionadas anteriormente en el apartado de técnicas y recolección de datos. Las sumatorias que se obtenían eran puntajes directos que posteriormente se convirtieron a puntajes T. de forma similar, se realizó la calificación del inventarios EDI-2, con la diferencia de que esta prueba cuenta con once subescalas y los puntajes se convierten a percentiles.

Una vez obtenidos los datos, se realizó un vaciado donde fuera posible visualizar el nombre de los sujetos con cada uno de los percentiles correspondientes a cada escala. Ya organizada la información, se procedió a la obtención de las medidas de tendencia central y de dispersión, así como el índice de correlación, para poder expresar objetivamente los resultados obtenidos luego de la aplicación. Finalmente,

después de obtenidas estas medidas, se procedió a la redacción del apartado de análisis e interpretación, para llegar finalmente a las conclusiones generales.

3.4 Análisis e interpretación de resultados

En el presente apartado se muestran los hallazgos logrados, que serán examinados en tres categorías para su análisis. Primeramente se expondrán los referidos a la variable de autoestima; en un segundo momento, se reportarán los resultados de la variable denominada trastornos alimentarios; finalmente, se mostrará la relación estadística entre ambas variables del estudio, así como su interpretación psicológica.

3.4.1 Autoestima de los alumnos de la Escuela Telesecundaria ESTV16039.

Se afirma que la autoestima es una actitud hacia sí mismo, es decir, la forma de pensar, amar, sentir y comportarse consigo mismo. Es el sistema por el cual se ordenan las experiencias afectando directamente al yo.

La autoestima no es innata, sino adquirida, es una consecuencia de las experiencias vividas del sujeto. Al ser creada por las acciones y pasiones que se generan por la experiencia, el aprendizaje de esta característica no es intencional, ya que se moldea por contextos informales educativos, aunque en ocasiones es por una acción intencional proyectada a su consecución. Es una estructura consciente, estable, difícil de mover y cambiar, así lo menciona Alcántara (1990).

Respecto a los resultados obtenidos a partir de la aplicación del Inventario de Autoestima de Coopersmith, se muestran en puntajes T, tanto el nivel de autoestima total como el de las distintas subescalas.

La media en el nivel de autoestima general fue de 41. La media es una medida de tendencia central, descrita por Hernández y cols. (2010), como puntos en una distribución, los valores medios o centrales de esta, ayudan a ubicarla dentro de la escala de medición.

De igual modo se obtuvo la mediana, que es una medida de tendencia central cuyo valor divide a la distribución por la mitad. Así lo define Hernández y cols. (2010). Este valor fue de 41.

De acuerdo con estos mismos autores la moda es la categoría o puntuación que ocurre con mayor frecuencia. En cuanto a esta escala, la moda fue de 41.

También se obtuvo el valor de una medida de dispersión, específicamente de la desviación estándar, la cual muestra la raíz cuadrada de la suma de las desviaciones al cuadrado de una población, dividida entre el total de observaciones (Hernández y cols.; 2010). El valor obtenido en la escala de autoestima general es de 9.

Por otra parte, se obtuvo el valor del puntaje de la subescala de autoestima social, encontrando una media de 50, una mediana de 50 y una moda representativa de 50. La desviación estándar fue de 9.

Asimismo, en la escala de autoestima escolar se encontró una media de 48, una mediana de 50 y una moda de 57. La desviación estándar fue de 11.

Adicionalmente, en la escala de autoestima en el hogar se obtuvo una media de 45, una mediana de 47, y una moda de 57. La desviación estándar fue de 9.

Finalmente, el puntaje de autoestima total, se determinó una media de 41, una mediana de 42, una moda de 45 y una desviación estándar de 9.

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

A partir de los resultados estadísticos obtenidos mediante la aplicación del instrumento, se interpreta que los sujetos, en su gran mayoría, presentan una autoestima en un rango normal, sin embargo, es importante observar que en el caso de la autoestima general y total, el nivel de la variable se encuentra en la parte inferior, es decir en el piso del rango del parámetro normal; en ambos casos la autoestima muestra un puntaje muy cercano a lo que se interpretaría como un nivel bajo o preocupante de autoestima. Por lo que se refiere a la dispersión de valores, se puede interpretar que hay cierta homogeneidad en torno a la media obtenida.

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

En la escala de autoestima general, el 35% de los sujetos se ubican por debajo de T 40; en la subescala de autoestima social, el porcentaje es de 20%; mientras que en la de autoestima escolar es de 26%; además, en la de autoestima en el hogar es de 29%. Finalmente el porcentaje de sujetos con nivel bajo de autoestima total es de 42%. Estos resultados se aprecian de manera gráfica en el anexo 2.

Los resultados mencionados anteriormente muestran que hay un número considerable de sujetos que presentan niveles preocupantes de autoestima, tanto en lo que muestra la escala de autoestima total, como en las distintas subescalas.

3.4.2 Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los sujetos de estudio.

Un aporte importante respecto a los trastornos alimentarios, fue Russell (citado por Jarne y Talarn; 2000), quien desarrolló las características de los episodios de ingesta voraz y purga; a este comportamiento él lo nombraba anorexia nerviosa, pero si evolucionaba en frecuencia lo denominaba bulimia nerviosa. Existe una continuidad entre las dos, donde el sujeto presenta los síntomas subclínicos.

La anorexia nerviosa atípica, la explican Castillo y León (2005) cuando el sujeto con anorexia nerviosa no cumple con todas las características, donde aumenta la probabilidad de fallo en la pérdida significativa de peso o la amenorrea, además, no es debido a una etiología somática conocida.

La bulimia atípica, según Castillo y León (2005), se diagnostica cuando faltan síntomas o signos principales de la bulimia nerviosa. Con frecuencia se encuentran síntomas depresivos o episodios de ingestas excesivas de alimentos, purgas o vómitos.

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

En la primera escala, denominada obsesión por la delgadez, se obtuvo una media de 61, una mediana de 59, una moda de 59 y una desviación estándar de 21.

Asimismo, en la segunda escala, bulimia, se determinó una media de 63, una mediana de 54, una moda de 47 y una desviación estándar de 21.

En la tercera escala, llamada insatisfacción corporal, se estableció una media de 64, una mediana de 64, una moda de 89 y una desviación estándar de 24.

En la cuarta escala, denominada ineficacia, se cuantificó una media de 70, una mediana de 75, una moda de 44 y una desviación estándar de 23.

En la quinta escala, llamada perfeccionismo, se logró una media de 64, una mediana de 76, una moda de 76 y una desviación estándar de 28.

En la sexta escala, desconfianza interpersonal, hubo una media de 81, una mediana de 91, una moda de 95 y una desviación estándar de 20.

En la séptima escala, denominada conciencia introceptiva, se obtuvo una media de 66, una mediana de 66, una moda de 59 y una desviación estándar de 25.

En la octava escala, conocida como miedo a la madurez, se calculó una media de 75, una mediana de 85, una moda de 92 y una desviación estándar de 25.

En la novena escala, llamada ascetismo, se determinó una media de 63, una mediana de 69, una moda de 73 y una desviación estándar de 26.

En la décima escala, impulsividad, se registró una media de 71, una mediana de 77, una moda de 74 y una desviación estándar de 26.

Finalmente, en la escala denominada inseguridad social, se obtuvo una media de 80, una mediana de 90, una moda de 97 y una desviación estándar de 22.

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

De acuerdo con estos resultados, se puede afirmar que los indicadores psicológicos de los trastornos de alimentación en adolescentes de la Escuela Telesecundaria ESTV16039 de Taretan, Michoacán, se encuentran en general en un nivel alto, puesto que las medidas de tendencia central en varias de las escalas se ubican cerca o incluso por encima del percentil 70, que indica el límite del rango de normalidad. Asimismo, es preocupante el porcentaje de casos que presentan niveles altos en alguna de las escalas.

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 más 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 38% de sujetos se encuentran por arriba del percentil 70; en la escala de bulimia, el porcentaje fue de 39%; en la de insatisfacción corporal, el 45%; en la de ineficacia, el 57%; en la de perfeccionismo, 51%; en la referente a desconfianza interpersonal, 74%; en la de conciencia introceptiva, 47%; respecto a la del miedo a la madurez, 73%; en la de ascetismo, 50%; en la de impulsividad, 62% y finalmente, en la escala de inseguridad social, el 73%.

De lo anterior se destaca que donde puede observarse mayores casos preocupantes es en las escalas de miedo a la madurez e inseguridad social. Estos datos se pueden observar gráficamente en el anexo 4.

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

De acuerdo con Moreno y Ortiz (2009), los trastornos en la conducta alimentaria constituyen un problema de salud por su creciente incidencia, gravedad de la sintomatología asociada, resistencia al tratamiento y debido a que se presenta en edades más tempranas. De acuerdo con estos autores, ambos sexos presentan preocupación por su imagen corporal, niveles medios y bajos de autoestima y una mayor tendencia a presentar trastornos alimentarios.

En la investigación realizada en la Escuela Telesecundaria ESTV16039 de Taretan, 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 -0.19, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto indica que entre dichos atributos existe una correlación negativa débil y no es significativa, de acuerdo con la clasificación de correlación que realizan Hernández y cols. (2010).

Para conocer la influencia que existe entre el nivel de autoestima y la obsesión por la delgadez, se obtuvo la varianza de factores comunes, en la cual, mediante un porcentaje se indica el nivel en el que las variables se encuentran correlacionadas. El valor de la varianza se obtiene al elevar al cuadrado el coeficiente de correlación obtenido mediante “r” de Pearson (Hernández y cols.; 2010).

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.04, lo que significa que entre la autoestima y obsesión por la delgadez hay una relación del 4%

Entre la variable del nivel de autoestima y la subescala de bulimia, el índice de correlación es de -0.21, se interpreta así que la correlación es negativa. La varianza arroja un resultado de 0.04, lo que indica que el nivel de correlación es de 4% entre la variable de autoestima y la escala de bulimia.

En lo que respecta a la subescala de insatisfacción corporal en relación con el nivel de autoestima, el coeficiente de correlación es equivalente a -0.29, lo que indica que dicha relación es negativa débil. La varianza de factores comunes es de 0.08, de modo que el porcentaje de correlación entre el nivel de autoestima y la insatisfacción corporal es del 8%.

Entre la escala de ineficacia y la autoestima, el coeficiente de correlación es de -0.50, lo cual indica que la correlación existente es negativa media. El resultado de la varianza de factores comunes es de 0.25, lo que muestra que la relación entre estas dos variables es de 25%.

Asimismo, entre la escala de perfeccionismo y la autoestima, el coeficiente de correlación es de -0.16, lo cual indica que la correlación existente es negativa débil. El resultado de la varianza de factores comunes es de 0.03, lo que muestra que la relación entre estas dos variables es de 3%.

Entre la escala de desconfianza interpersonal y la autoestima, el coeficiente de correlación es de -0.30, lo cual indica que la correlación existente es negativa débil. El resultado de la varianza de factores comunes es de 0.09, lo que muestra que la relación entre estas dos variables es de 9%.

Entre la escala de conciencia introceptiva y la autoestima, el coeficiente de correlación es de -0.20, lo cual indica que la correlación existente es negativa débil. El resultado de la varianza de factores comunes es de 0.04, lo que muestra que la relación entre estas dos variables es de 4%.

Entre la escala de miedo a la madurez y la autoestima, el coeficiente de correlación es de -0.30, lo cual indica que la correlación existente es negativa débil. El resultado de la varianza de factores comunes es de 0.09, lo que muestra que la relación entre estas dos variables es de 9%.

Entre la escala de ascetismo y la autoestima, el coeficiente de correlación es de -0.26, lo cual indica que una correlación negativa débil. El resultado de la varianza de factores comunes es de 0.07, lo que muestra que la relación entre estas dos variables es de 7%.

Entre la escala de impulsividad y la autoestima, el coeficiente de correlación es de -0.21, lo cual indica que la correlación es negativa débil. El resultado de la varianza de factores comunes es de 0.04, lo que muestra que la relación entre estas dos variables es de 4%.

Finalmente, entre la escala de inseguridad social y la autoestima, el coeficiente de correlación es de -0.29, lo cual indica que la correlación existente es negativa débil, por lo tanto, no es significativa. El resultado de la varianza de factores comunes es de 0.09, lo que muestra que la relación entre estas dos variables es de 9%.

Los resultados obtenidos en cuanto a los niveles de correlación de las variables autoestima e indicadores de trastornos alimenticios, se presentan gráficamente en el anexo 5.

En función de lo anterior, se puede asegurar que el nivel de autoestima se relaciona de forma significativa con la escala de ineficacia; sin embargo, esta variable no se relaciona de forma significativa con las subescalas de obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social.

En función de los resultados presentados, se confirma la hipótesis de trabajo que afirma que existe relación significativa entre los niveles de autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos de alimentación, únicamente para la escala

de Ineficacia; por el contrario, se corrobora la hipótesis nula para el resto de las escalas.

CONCLUSIONES

En el presente estudio se corroboró la hipótesis nula, es decir, los hallazgos de campo permiten afirmar que no existe una relación estadísticamente significativa entre el fenómeno de autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos de alimentación, en los estudiantes de la Escuela Telesecundaria ESTV16039 de Taretan, Michoacán; a excepción de la variable ineficacia, donde sí se pudo corroborar una correlación significativa con la autoestima.

Los objetivos particulares de naturaleza teórica conceptual, referidos a la autoestima, a saber: su definición y los indicadores que propician la autoestima, fueron amplia y profundamente cubiertos en el capítulo uno.

Por su parte, los conceptos fundamentales que hacen alusión a la variable de trastornos alimentarios, fueron abordados en forma por demás suficiente en el capítulo dos.

Asimismo, el objetivo de campo en el que se pretendió evaluar el nivel de autoestima en los alumnos de la Escuela Telesecundaria ESTV16039 de Taretan, Michoacán, se cumplió con la aplicación del Inventario de Autoestima de Coopersmith. Es necesario reiterar que tal nivel se encuentra en un parámetro ligeramente alto, como se expuso en el capítulo tres.

La medición de la variable trastornos alimenticios se cumplió satisfactoriamente y de ello se da cuenta también en el capítulo tres. Se encontró que dicho fenómeno, en la población estudiada, se encuentra presente en un parámetro alto, lo cual debe generar precaución y posibles estrategias de intervención.

El objetivo general de la investigación, que consistió en establecer estadísticamente la relación entre las variables ya indicadas, se alcanzó como producto de la consecución de los objetivos particulares. Es fundamental subrayar que la relación entre el nivel de autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios no es relevante.

BIBLIOGRAFÍA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Garner, David M. (1998)
Inventario de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2).
TEA Ediciones. Madrid.
Hernández Sampieri, Roberto; Fernández-Collado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar.
(2010).
Metodología de la investigación.

Editorial McGraw-Hill. México.

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

Jiménez H., Manuel. (1997)
Psicología Infantil.
Editorial Aljibe. Granada.

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

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

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

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

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

Satir, Virginia. (2002).
Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar.
Editorial Pax. México.

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

Woolfolk, Anita E. (2006)
Psicología de la educación.
Editorial Prentice Hall, México.

MESOGRAFÍA

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

“INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH”

Universidad de Concepción, Chile.

<http://www.psico-system.com/2013/07/04inventario-de-autoestima-de-coopersmith.html>

Garrido, José Manuel. (2014)

“Medir la Autoestima con la Escala de Rosenberg”

Publicado el 19 de junio de 2014. Disponible en:

<http://psicopedia.org/1723/medir-la-autoestima-con-la-escala-de-rosenberg/>

González Arriata López Fuentes, Norma Ivonne. (2001).

“La autoestima: medición y estrategias de intervención a través de una experiencia en la reconstrucción del ser”

Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México

[http://books.google.com.mx/books?id=iYPB8K-](http://books.google.com.mx/books?id=iYPB8K-T14gC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)

[T14gC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.mx/books?id=iYPB8K-T14gC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)

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

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

Universidad Veracruzana, México.

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

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>.

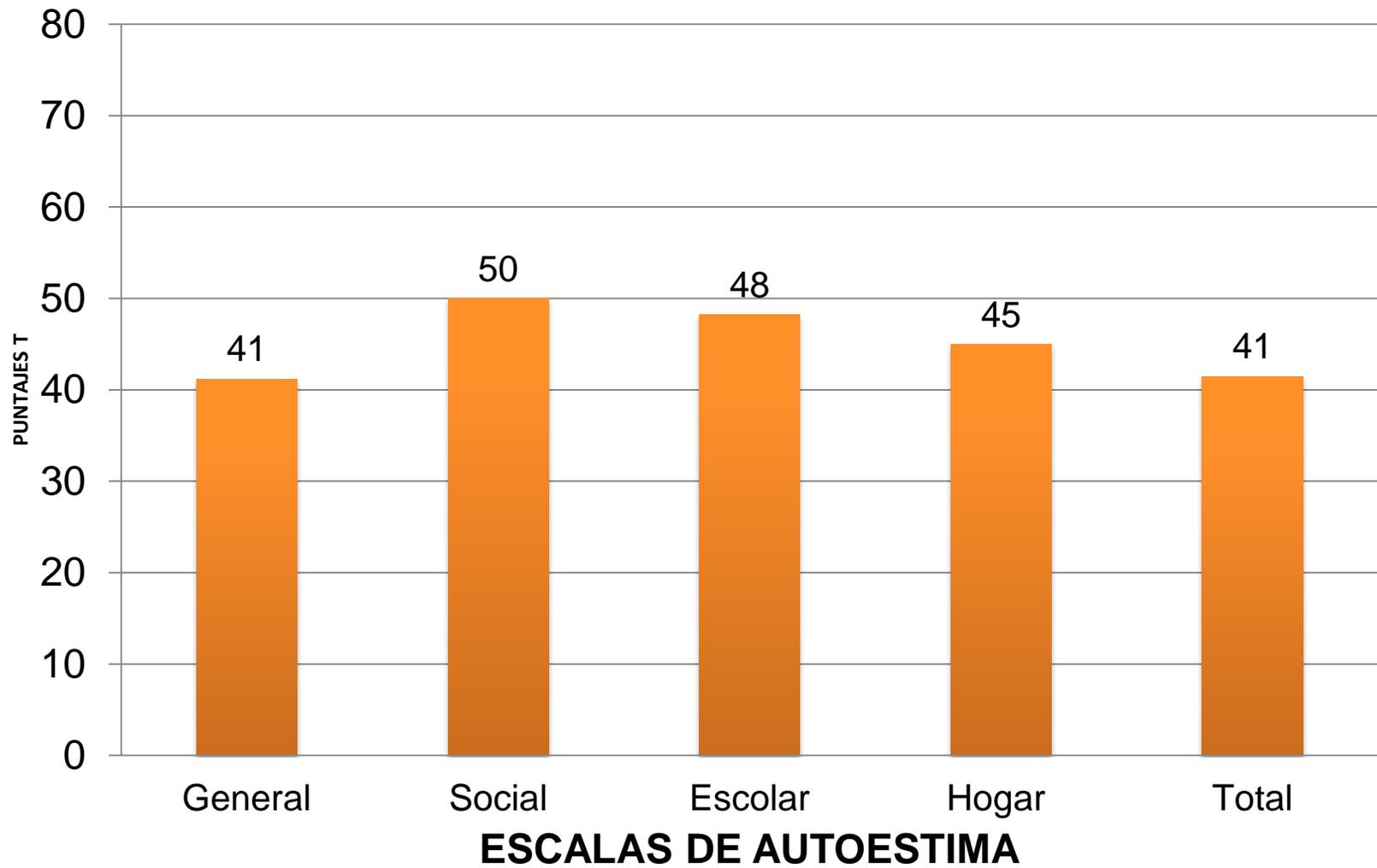
Steiner Benaim, Daniela. (2005).

“La teoría de la autoestima en el proceso terapéutico para el desarrollo del ser humano.”

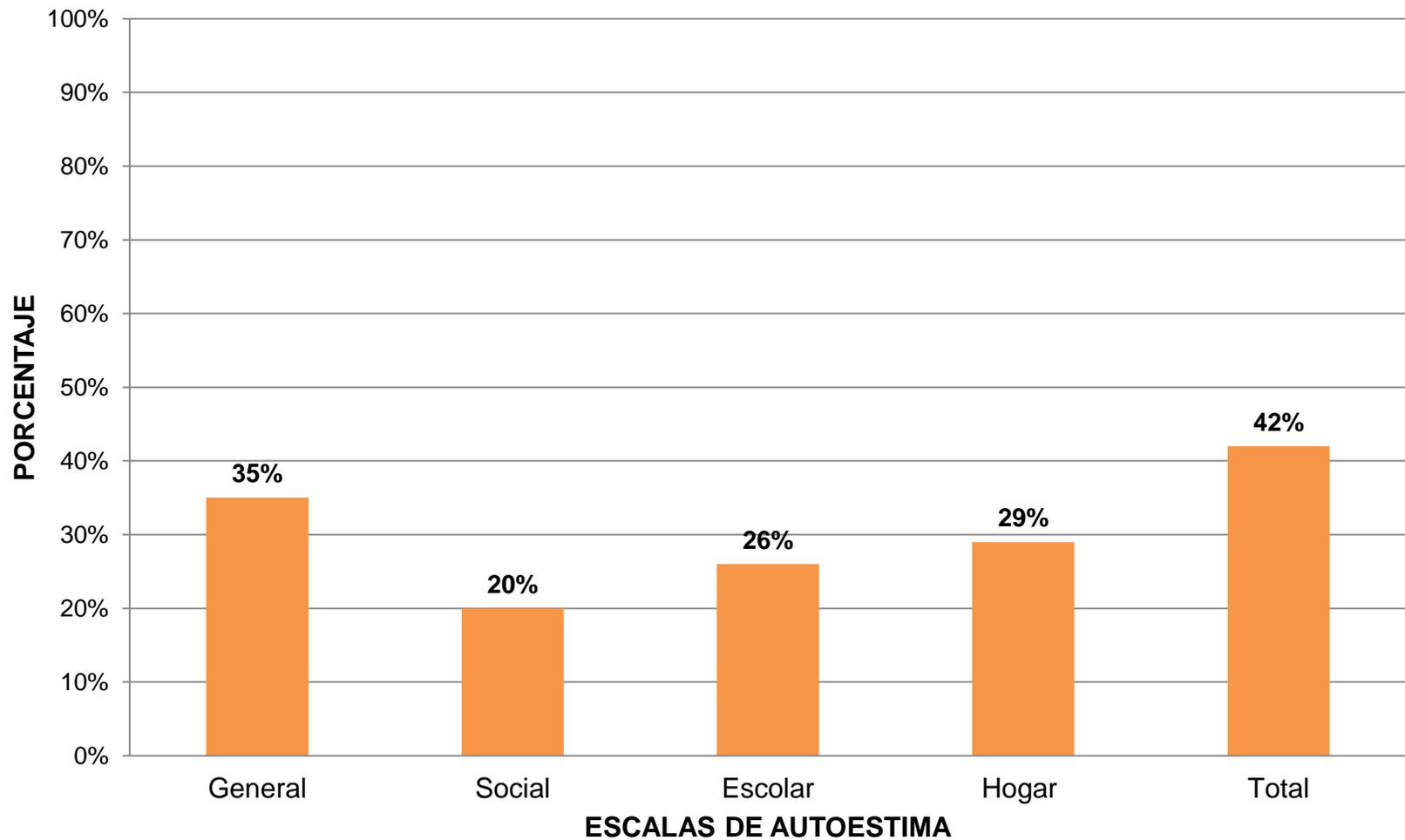
Tecana American University. Maracaibo. Bachelor of Arts in Psychology.

http://www.tauniversity.org/tesis/Tesis_Daniela_Steiner.pdf

ANEXO 1
MEDIA ARITMÉTICA DE LAS ESCALAS DE AUTOESTIMA

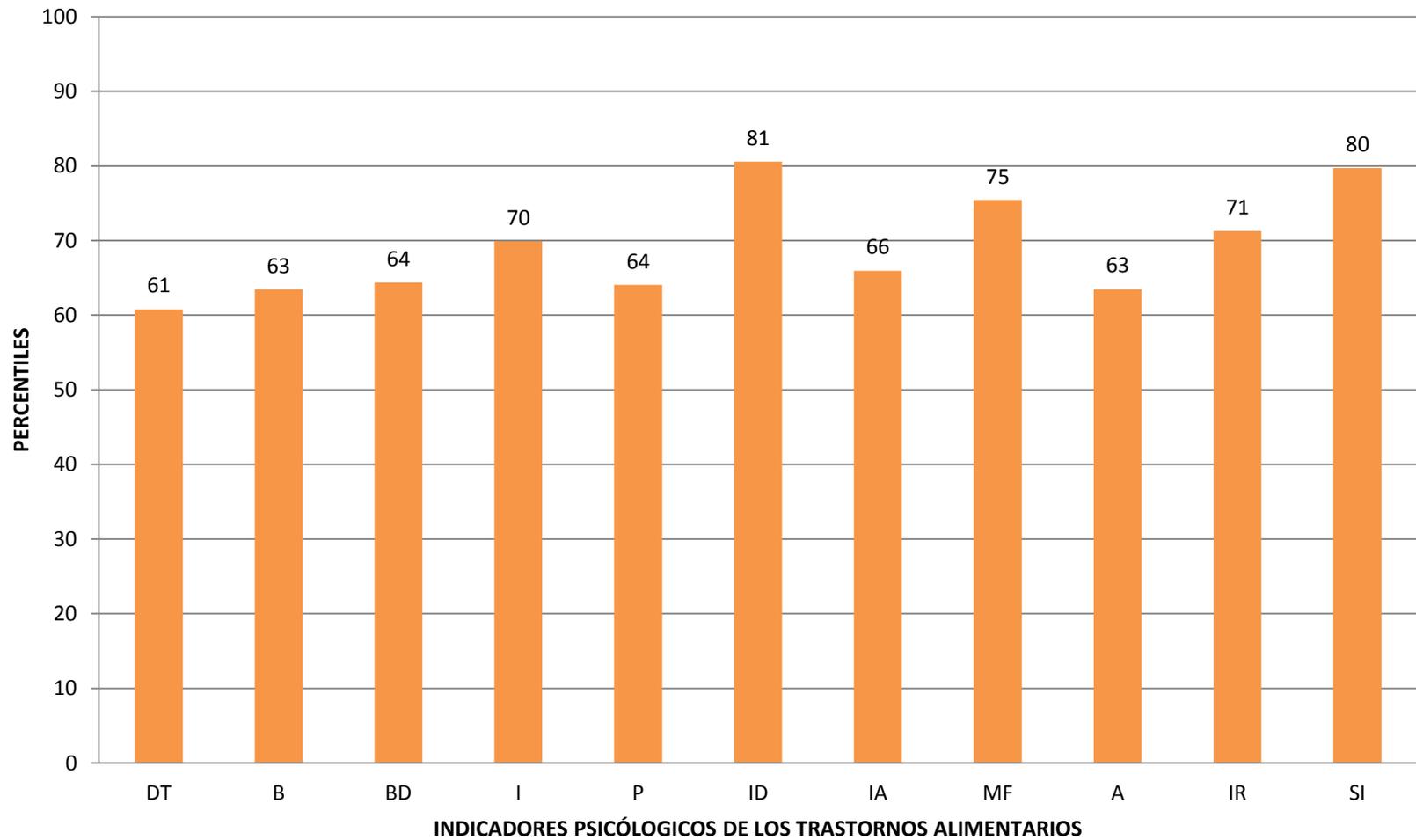


ANEXO 2 PORCENTAJE DE SUJETOS CON PUNTAJES BAJOS EN AUTOESTIMA



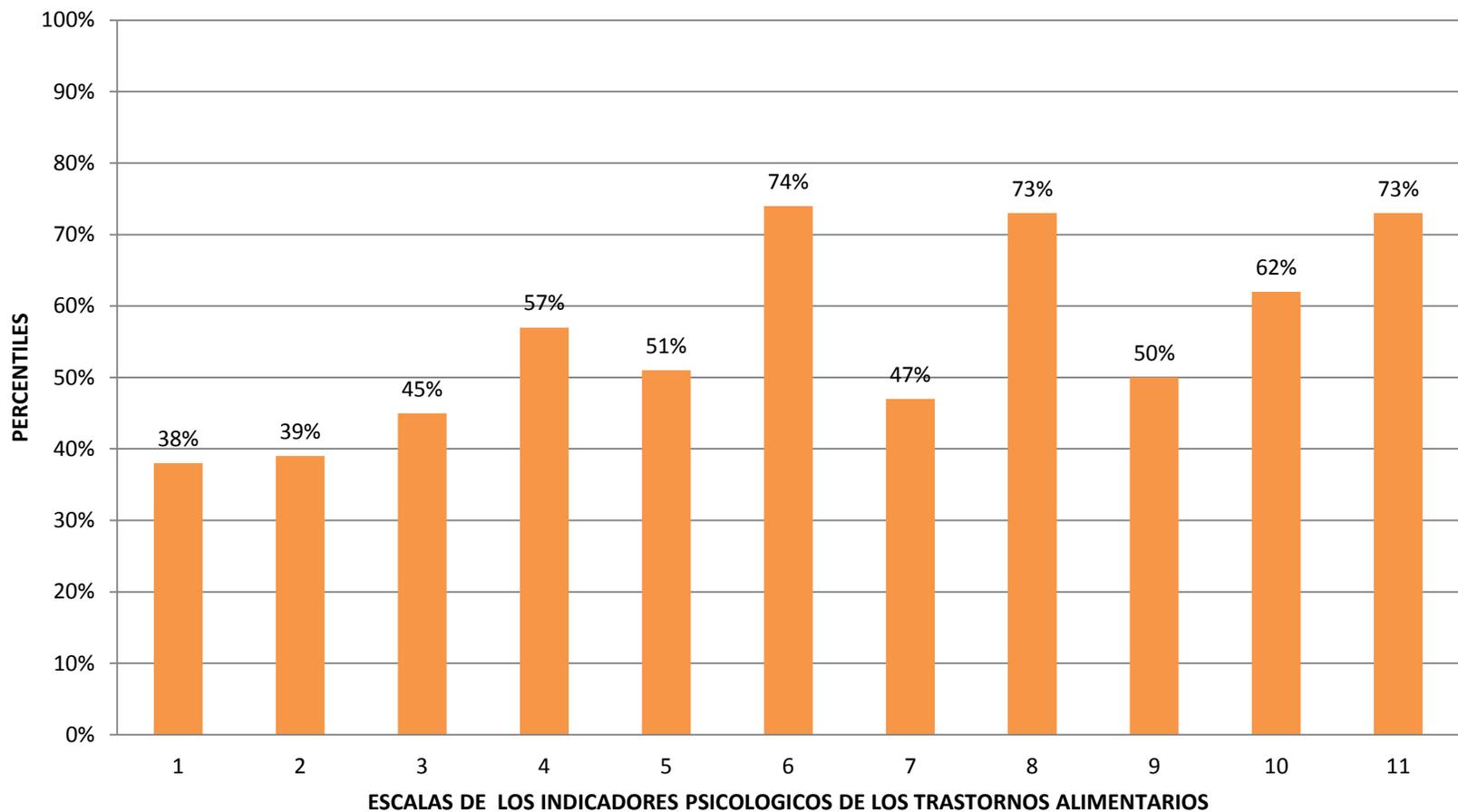
ANEXO 3

MEDIA ARITMÉTICA DE LAS ESCALAS DE LOS INDICADORES PSICOLÓGICOS DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS



ANEXO 4

PORCENTAJE DE SUJETOS CON PUNTAJES ALTOS EN LOS INDICADORES PSICOLÓGICOS DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS



ANEXO 5

COEFICIENTES DE CORRELACIÓN ENTRE LA AUTOESTIMA Y LOS INDICADORES PSICÓLOGICOS DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

