



**UNIVERSIDAD
DON VASCO**

UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

INCORPORACIÓN NO. 8727-25 A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

***RELACIÓN ENTRE LA AUTOESTIMA Y LOS FACTORES
PSICOLÓGICOS DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN
EL NIVEL EDUCATIVO MEDIO SUPERIOR.***

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Ariadna Huerta Hernández

Asesor: Lic. José de Jesús González Pérez

Uruapan, Michoacán. 10 de Septiembre de 2014.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Agradezco en primer lugar a mis padres: Rafael Huerta Sánchez y Graciela Hernández Alemán, por apoyarme en todo momento, por creer en mí siempre y estar siempre conmigo en todos los sentidos; gracias, los quiero mucho.

A mi esposo, Marco Antonio Caballero Pichardo, por su paciencia, presencia, apoyo y motivación, al igual que a sus padres.

A mi hermana, Viridiana Huerta Hernández, por sus palabras y buenos deseos siempre; a mis tías, primos y a toda mi familia, por ayudarme emocional y físicamente.

DEDICATORIA

Dedico la presente a mis principales razones para ser mejor cada día: a mi hija, Mya Marianne Caballero Huerta, y a mi sobrino, Eivan Fernando Zalapa Huerta mis motores para no darme por vencida nunca.

INDÍCE

Introducción	
Antecedentes.....	1
Planteamiento del problema.....	3
Objetivos.....	4
Hipótesis.....	6
Operalización de las variables.....	6
Justificación.....	7
Marco de referencia.....	8

Capítulo 1. La autoestima.

1.1 Conceptualización de la autoestima.....	10
1.2 Origen y desarrollo de la autoestima.....	13
1.3 Niveles de la autoestima.....	18
1.4 Componentes de la autoestima.....	23
1.5 Pilares de la autoestima.....	27
1.6 Medición de la autoestima.....	30

Capítulo 2. Trastornos de la alimentación.

2.1 Antecedentes históricos de la alimentación.....	35
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.....	42
2.2.5	Vómitos en otras alteraciones psicológicas.....	42
2.2.6	Trastornos de la conducta alimenticia en la infancia.....	43
2.3	Esfera oroalimenticia en el infante.....	44
2.3.1	Alteraciones en la esfera alimenticia.....	45
2.4	Perfil de la persona con trastornos alimenticios.....	48
2.5	Causas de los trastornos alimenticios.....	51
2.5.1	Factores predisponentes individuales.....	51
2.5.2	Factores predisponentes familiares.....	54
2.5.3	Factores predisponentes socioculturales.....	55
2.6	Percepción del cuerpo en los trastornos alimenticios.....	58
2.7	Factores que mantienen los trastornos alimenticios.....	61
2.8	Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios.....	62
2.9	Tratamiento de los trastornos alimenticios.....	63
Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados.		
3.1.	Descripción de la metodología.....	65
3.1.1	Enfoque cuantitativo.....	68
3.1.2	Investigación no experimental.....	68
3.1.3	Diseño transversal.....	69
3.1.4	Alcance correlacional.....	70
3.1.5	Técnicas de instrumentos de recolección de datos.....	71

3.2 Población y muestra.....	73
3.2.1 Delimitación y descripción de la población.....	73
3.2.2 Descripción del proceso de muestreo.....	74
3.3 Descripción del proceso de investigación.....	75
3.4 Análisis e interpretación de resultados.....	77
3.4.1 La autoestima que se presenta en los alumnos de la Preparatoria J. Jesús Romero Flores, de Paracho, Michoacán.....	77
3.4.2. Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.....	80
3.4.3 Relación entre el nivel de autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.....	83
Conclusiones.....	89
Bibliografía.....	92
Mesografía.....	94
Anexos.....	95

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, los factores psicológicos de los trastornos alimentarios se han convertido en un serio problema de salud, el cual va en aumento, pues cada vez son más los hábitos inadecuados que tienen como consecuencias, enfermedades que podrían ser fatales y que van acompañadas de otras complicaciones psicológicas, ya que la mayoría de las personas en las que se presentan, manifiestan baja autoestima.

Antecedentes

Desafortunadamente, en la actual sociedad existe una cultura de la competencia, que se desarrolla en los niños y en ocasiones, es celebrada en las instituciones.

En las escuelas, desde un nivel básico inician las comparaciones y van aumentando a medida los niños crecen, desarrollando insatisfacción; eventualmente, cada sujeto quiere compararse, incluso físicamente, por lo que llega a exigirse más en ese aspecto, cayendo en trastornos psicológicos incluso de índole alimenticia.

La delgadez se ha convertido para algunas mujeres, cada vez más jóvenes y también para algunos hombres, en una especie de culto del que no pueden prescindir: sacrifican horas dedicadas a lucir mejores, privándose de alimentos

necesarios para una salud estable; en ocasiones caen en depresiones y una baja autoestima, la cual constituye el factor que desencadena el hecho de no sentirse bien consigo mismo.

Según Zagalaz y cols. (2002), los llamados comúnmente trastornos de la alimentación son de hecho perturbaciones que tienen relación con la alimentación y que se conocen también como desórdenes o trastornos del comer, de la ingesta, alimenticios o de la conducta alimentaria. Entre dichos trastornos están el síndrome de Gourmet, trastorno nocturno de la alimentación, pica, comedores compulsivos, síndrome de Prader-Willy; a estos dos últimos se les suma, por su relación en la actividad física, la patología que se denomina vigorexia (obsesión en torno al culto al músculo).

La palabra anorexia (del vocablo griego *arorektous*) se ha conocido desde siempre como sinónimo de falta de apetito, “se trata de un trastorno socio-psico-biológico de trascendencia sanitaria, cuyo estudio reviste un indudable nivel formativo” (Toro y Vilardell, citados por Zagalaz y cols.; 2002: 13).

Según estudios realizados en la gran Bretaña, Estados Unidos, Suecia y Australia, demostraron que el 80% de las adolescentes estaban preocupadas por su aspecto corporal, considerándose obesas más del 50%, cuando las medidas antropométricas revelaron que solo eran el 25%, según las tablas normalizadas de peso, altura y edad utilizadas (Crispo y otros, referidos por Zagalaz y cols.; 2002).

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

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

Planteamiento del problema

Existe un número significativo de adolescentes con factores psicológicos de trastornos alimenticios, que son afectados de diferentes formas por el entorno en el que viven; con frecuencia son señalados, lo que les provoca inseguridad y desencadena dificultad al relacionarse y en ocasiones suelen sentirse menos e ignorados.

El entorno propicia que el adolescente tenga baja autoestima, pues es rechazado por no sentirse seguro, por ello recurre a conductas que derivan en trastornos alimentarios, para sentir que se ve bien y así poder ser aceptado.

Al ser sujetos de influencia social, los estudiantes de la Preparatoria J. Jesús Romero Flores de Paracho, Michoacán están expuestos a adquirir patrones de conducta relacionados con los trastornos alimentarios y sus posibles consecuencias.

Por ello, la presente investigación busca dar respuesta a la interrogante: ¿existe relación entre la autoestima y los trastornos alimentarios en los estudiantes de la escuela arriba citada?

Objetivos

Los propósitos que se plantean a continuación, permitieron que se condujera el trabajo y se administraran los recursos disponibles de una manera eficiente.

Objetivo general

Analizar la relación existente entre la autoestima y los factores psicológicos de los trastornos alimentarios, en los alumnos de la Escuela Preparatoria J. Jesús Romero Flores, de Paracho, Michoacán.

Objetivos particulares

1. Definir el concepto de la autoestima.
2. Determinar los tipos de autoestima.
3. Analizar los principales enfoques teóricos que abordan el fenómeno de la autoestima.
4. Definir los principales trastornos alimenticios.
5. Establecer las causas de los trastornos alimenticios.
6. Identificar las consecuencias de los factores psicológicos de los trastornos alimenticios.
7. Determinar los tipos de factores psicológicos de los trastornos alimenticios.
8. Analizar los diferentes enfoques teóricos que abordan el fenómeno de los factores psicológicos de los trastornos alimenticios.
9. Evaluar el nivel de autoestima que presentan los alumnos de la Escuela Preparatoria J. Jesús Romero Flores, de Paracho, Michoacán.
10. Establecer el nivel de los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios que presentan los sujetos de estudio.

Hipótesis

La realidad esperada se plasmó a través de las siguientes suposiciones basadas en la bibliografía disponible, que debieron someterse a comprobación.

Hipótesis de trabajo

Existe relación significativa entre el nivel de autoestima y los factores psicológicos de los trastornos alimentarios en los adolescentes de la Escuela Preparatoria J. Jesús Romero Flores, de Paracho, Michoacán.

Hipótesis nula

No existe relación significativa entre el nivel de autoestima y los factores psicológicos de los trastornos alimentarios en los adolescentes de la Escuela Preparatoria J. Jesús Romero Flores, de Paracho, Michoacán.

Operacionalización de las variables

La variable autoestima se midió con el Test de Autoestima de Coopersmith, que consiste en una escala de auto-reporte en la cual el sujeto lee una sentencia declarativa y luego decide si la afirma o niega. Este inventario está referido a cuatro áreas: autoestima general, social, hogar y padres, escolar académica y una

escala de mentira (Brinkmann y Segure; 1988). La aplicación del test ya mencionado se utilizó para identificar el grado que posee cada sujeto y como se ve a sí mismo.

Por otra parte, la variable de los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios se midió con la prueba Escala de Trastornos Alimentarios (EDI-2) elaborada por David M. Garner (1998). Esta prueba cuenta con once escalas, las cuales son: obsesión por la delgadez (DT), bulimia (B), insatisfacción corporal (BD), ineficacia (I), perfeccionismo (P), desconfianza interpersonal (ID), conciencia interoceptiva (IA), miedo a la madurez (MF), ascetismo (A), impulsividad (IR) e inseguridad social (SI).

Justificación

La presente investigación beneficiará a la sociedad en general, más directamente a las y los adolescentes y padres de familia que quieran saber acerca de los factores psicológicos de los trastornos alimentarios, así como a las personas que tengan hijas adolescentes y desconozcan del tema, además que dará herramientas para conocer los motivos de este fenómeno que se presenta cada vez más frecuentemente y daña a las jóvenes; por otro lado, también para que se detecten a tiempo o se establezcan criterios para identificar este problema y darle una solución. Por otro lado, aportará apoyo acerca de cómo la autoestima baja puede desencadenar este trastorno.

Al campo de la psicología se espera realizar las siguientes aportaciones: abrir camino acerca del tema y conocer más para detectar a tiempo la problemática y prevenir eventos que desencadenen conductas dañinas en los sujetos. Por otro lado, se buscó aportar a la psicología un estudio que se pueda verificar, para así tener más elementos que apoyen las futuras investigaciones.

Marco de referencia

La institución donde se realizó el presente trabajo, fue la Escuela Preparatoria J. Jesús Romero Flores, de Paracho, Michoacán. Ubicada en la Calle Francisco J. Múgica s/n, Colonia Centro.

Esta institución tiene una antigüedad de más de 20 años. En sus inicios ofreció estudios de secundaria, para posteriormente brindar servicio educativo de preparatoria, como una extensión de la Universidad Michoacana.

Actualmente cuenta con infraestructura adecuada para los servicios educativos que ofrece, lo que incluye 12 aulas, auditorio, biblioteca, canchas de basquetbol, cancha de futbol, sala de maestros y de cómputo, entre otros espacios.

El personal que atiende esta institución lo conforman el director, subdirector y una plantilla de 14 maestros. La población estudiantil la conforman

aproximadamente 300 alumnos, originarios tanto de Paracho como de comunidades cercanas.

Actualmente es la única institución particular que ofrece servicios de bachillerato en esta población.

CAPÍTULO 1

LA AUTOESTIMA

En el presente capítulo se hablará acerca de diversos conceptos de la autoestima según varios autores, para posteriormente conocer sus tipos y el concepto principal. De igual manera, se examinarán los factores que inciden sobre este fenómeno, sus componentes y procedimientos empleados para su medición.

1.1 Conceptualización de la autoestima.

Según Alcántara (1940), la autoestima es una actitud hacia sí mismo, es la forma habitual de pensar, amar, sentir y comportarse con uno mismo.

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).

El autoconcepto y la autoestima juegan un importante papel en la vida de las personas. Los éxitos y los fracasos, la satisfacción de uno mismo, el bienestar psíquico y el conjunto de relaciones sociales llevan su sello.

Tener un autoconcepto favorece el sentido de la propia identidad, constituye un marco de referencia desde el que interpretar la realidad externa y las propias

experiencias, influye en el rendimiento, condiciona las expectativas y la motivación, a la vez que contribuye a la salud y al equilibrio psíquicos. Toda la persona tiene una opinión sobre sí misma, esto contribuye el autoconcepto y la valoración que se realiza de sí mismo en la autoestima.

La autoestima de un individuo nace del concepto que se forma a partir de los comentarios, la comunicación verbal y actitudes (comunicación no verbal) de las demás personas.

La autoestima se aprende, fluctúa y se puede mejorar. Es a partir de los primeros años cuando se empieza a formar un concepto de cómo un sujeto es percibido por sus padres, maestros y compañeros; influyen también las experiencias que va adquiriendo. La autoestima es el grado de satisfacción consigo mismo, poniendo especial énfasis en su propio valor y capacidad; es lo que la persona se dice a sí mismo.

La autoestima incluye dos aspectos básicos: el sentimiento de autoeficiencia y el sentimiento de ser valioso; en el sentido más general, el ser competente y valioso para otros.

Este concepto de sí mismo, también llamado autoconcepto, se va formando gradualmente a través del tiempo y de las experiencias vividas por el sujeto. Es el sistema fundamental por el cual el individuo ordena sus experiencias, refiriéndolas

a su “yo” personal. Para C.R. Rogers constituye el núcleo básico. (Alcántara 1990).

La autoestima es adquirida y se genera como resultado de la historia de cada persona. Es una estructura consistente, estable, difícil de mover y cambiar. Pero su naturaleza no es estática, sino dinámica y por lo tanto, puede crecer, arraigarse más íntimamente, ramificarse e interconectarse con otras actitudes propias, o puede debilitarse, empobrecerse y desintegrarse; es perfectible en mayor o menor grado. (Alcalá, referido por Castillo y Cols).

El segundo concepto se plantea según Branden (2008), quien define la autoestima como una necesidad psicológica básica, la autoestima es estar dispuesto a ser consistente de que se tiene la capacidad para enfrentarse a los desafíos básicos de la vida y de que es merecedor de felicidad; dicha noción está compuesta por dos ideas básicas:

- a) Autoeficiencia: es decir, confianza en la propia capacidad de pensar, aprender, elegir y tomar decisiones adecuadas.
- b) Autorrespeto: es decir, tener confianza en el derecho de ser feliz.

La autoestima es importante para la supervivencia, ya que sin esta particularidad, el crecimiento psicológico se ve perturbado. La autoestima positiva actúa, en efecto, como el sistema inmunológico del espíritu, proporcionando resistencia, fortaleza y capacidad de regeneración.

Para finalizar, un tercer concepto igual de importante que los anteriores es el que aportan Montoya y Sol (2001), quienes describen la autoestima como una capacidad o actitud interna con la que el sujeto se relaciona y que propicia que se perciba dentro del mundo, de una forma positiva o bien, con una orientación negativa, según el estado en el que se encuentre.

A este respecto, “si preguntaran y se respondiera de forma libre, se diría que hablamos de un acontecimiento interior, un movimiento que ocurre en todo nuestro ser y que hace vivir de determinada manera.” (Montoya y Sol; 2001: 3).

1.2 Origen y desarrollo de la autoestima

El siguiente apartado habla de dónde viene la autoestima, cómo se forma, cómo se puede desarrollar sanamente y cómo se construye de forma perjudicial.

En lo que concierne a de dónde viene la autoestima, la herencia es un factor contributivo importante en la facultad de desarrollar un autoconcepto saludable. Alcántara (1990).

Por supuesto, el entorno en el que el ser humano se cría, es crítico para el desarrollo de la autoestima: nadie puede saber cuántas personas han padecido heridas en su ego en los primeros años de vida, antes de que este se hallara plenamente formado; en tales casos, puede ser prácticamente posible que tales

personas gocen de autoestima en años posteriores, a no ser como resultado de una intensa psicoterapia.

Alcántara (1990) plantea una pregunta ¿la autoestima es innata? Y responde que no; en realidad es el resultado de las experiencias que el humano va acumulando a través de su vida, es el fruto de una larga serie de acciones que lo han llevado a tener consecuencias y secuencias, pasiones que van configurando el trascurso de los días. Es el resultado de una acción intencionada proyectada a su consecución.

Además, es evidente que es la raíz de la conducta misma. Es precursora y determinante del propio comportamiento, conlleva un impulso operativo y dispone para responder ante múltiples estímulos que repercuten en las acciones humanas.

Para Branden (2011), el carácter de una persona es la suma de los principios y valores que guían sus acciones cuando se enfrenta a decisiones morales. En un estadio muy temprano de su desarrollo, mientras el niño empieza a darse cuenta de su capacidad de elegir sus actos, a medida que adquiere la sensación de ser una persona, experimenta la necesidad de sentir que como individuo funciona bien, que su forma de actuar y características son eficientes.

Una autoestima sana puede desarrollarse según Branden (2008), en un contexto en el que los padres suelen ser los principales autores de esto; a los

niños se les debe hablar con la verdad y hacer que diferencien entre la realidad y la verdad, ya que no suelen diferenciar entre una y otra, también se les criará con amor. En este sentido, puede haber una evolución favorable si se les permite experimentar una aceptación coherente y benevolente, si les ofrecen la estructura de respaldo que suponen unas reglas razonables y unas expectativas adecuadas, si no contradicen lo que se les dice o hace, no recurren al ridículo, humillación o el maltrato físico para controlarles y demuestran que creen en la competencia y bondad del niño.

Otra forma de crear conductas sanas, incluye las siguientes medidas (Branden; 2008):

- En relación con sí mismo: si tiene una actitud de confianza frente a sí, actúa con seguridad y se siente capaz y responsable por lo que siente, piensa y hace.
- Crear una persona integrada, que está en contacto con lo que siente y piensa, tiene capacidad de autocontrol y es capaz de autorregularse en la expresión de sus impulsos.
- En relación con los demás: es abierto y flexible, lo que le permite crecer emocionalmente en la relación con otros, tiene una actitud de valoración de los demás y los acepta como son.
- Es capaz de ser autónomo en sus decisiones y le es posible disentir sin agredir, toma la iniciativa en el contacto social y, a su vez, es buscado por sus compañeros, porque resulta atractivo; su comunicación con los otros

es clara y directa. Los elementos verbales coinciden con los no verbales, por lo que su comunicación es congruente.

- Cuenta con una actitud empática, es capaz de conectarse con las necesidades de los otros, establece en forma adecuada relaciones con sus profesores y con otras personas de mayor jerarquía.
- Frente a las tareas y obligaciones: asume una actitud de compromiso, se interesa por la tarea y es capaz de orientarse por las metas que se propone, es optimista en relación con sus posibilidades para realizar sus trabajos, se esfuerza y es constante a pesar de las dificultades, no se angustia en exceso frente a los problemas, pero se preocupa por encontrar soluciones, percibe el éxito como el resultado de sus habilidades y esfuerzos.
- Cuando se equivoca, es capaz de reconocerlo y de enmendar sus errores; no se limita a autoculparse ni a culpar a los otros, su actitud es creativa. Es capaz de asumir los riesgos que implica una tarea nueva.

Estas características, según Branden (2008), se logran a través de las experiencias y las actitudes firmes de los padres hacia los hijos, con eventos que desaten las conductas positivas y estables, las cuales tienen como resultado el goce de una autoestima sana y por ende, sepan comunicarse, ayudar y orientar a otras personas que carecen de esta.

Algunas otras estrategias pueden ser útiles para desarrollar la autoestima sana, como las que enseguida se explican:

- Ser efusivo y claro al reconocer el niño ha hecho correctamente alguna actividad y si no ha cumplido como se esperaba, darle una nueva oportunidad, explicando un poco más lo que tiene que hacer.
- Generar un clima que posibilite la creatividad, además de generar un clima emocional cálido e interactivo.
- Usar frecuentemente refuerzos, ya que, es importante dar algo a cambio pero solo cuando se ha cumplido con las labores, para reconocer sus logros reales.
- Mostrar confianza en las capacidades y hacer que el menor enfrente y resuelva sus problemas y dificultades en distintas situaciones.
- Desarrollar su espíritu de observación y ayudarlo a que se adapte a la realidad.

El ser consciente de lo que le sucede a sí mismo y de lo que ocurre a su alrededor, es un atributo del hombre que ha permitido el progreso de la humanidad, pero que también está en la base del desarrollo personal. Con base en ello, se requiere poner exigencias y metas al alcance de los niños, y que estas pueden ser alcanzadas con un esfuerzo razonable.

La autoestima es una actitud básica que determina el comportamiento. La vida escolar ejerce una influencia decisiva en la configuración del autoconcepto, que acompañará a la persona a lo largo de toda su vida. Además, se sabe que la integridad engendra respeto hacia sí mismo y que la hipocresía no lo hace; la

autoestima es una consecuencia, un producto de prácticas generadas internamente.

Una autoestima baja se crea cuando los padres tienen un autorreflejo insatisfactorio, por lo que se muestran inseguros, ansiosos, amenazados, desilusionados, sobreprotectores y autoritarios.

Resulta dañino si los padres no dejan a sus hijos el poder de tomar decisiones en circunstancias importantes para ellos, si no les dan suficientes oportunidades para que sean responsables, temen sus sentimientos de independencia y autocontrol, no enseñan ciertas faenas domésticas, dan regalos sin razón alguna y que los niños no conozcan el motivo de ello; también perjudica que martilleen sus oídos con reprimendas, solucionando sus problemas para que ellos no sufran o mortifiquen, otras veces proponen comportarse como lo ordena la sociedad y mantener las opiniones prudentes, corrigiendo sus conductas y criterios originales.

1.3 Niveles de la autoestima

Los niveles de la autoestima según Branden (2008) son:

- 1) La autoestima alta:

Implica que el individuo piense que es bueno o suficientemente bueno. La persona se siente digna de la autoestima de los demás, se respeta por lo que es, además vive, comparte e invita a la integridad, honestidad y responsabilidad, comprensión y amor; siente que es importante, tiene confianza en su propia competencia y fe en sus propias decisiones. La autoestima alta no significa un estado de éxito total, consiste en reconocer sus propias limitaciones, capacidades, habilidades y confianza en la naturaleza interna.

Comúnmente, este tipo de autoestima está asociado con la salud mental, ya que la persona es funcional y adaptativa. Una cantidad promedio de autoestima es ideal para el funcionamiento psicológico sano. Una persona con una autoestima sana se siente importante; por lo general, los individuos con esta autoestima según Rodríguez Pellicer y Domínguez (referidos por Branden; 2008) poseen las siguientes características:

Hacen amigos fácilmente, muestran entusiasmo en las nuevas actividades, son cooperativos y siguen reglas si son justas; les gusta ser creativos y tienen sus propias ideas; demuestran estar contentos, llenos de energía y hablan con otros sin esfuerzo; se sienten libres y nada los amenaza, dirigen su vida hacia donde creen conveniente desarrollando habilidades que lo hagan posible; aprenden y se actualizan para satisfacer sus necesidades de aprendizaje, aceptan su sexo y lo relacionado con él, se relacionan con el sexo opuesto de manera sincera y duradera; ejecutan trabajos con satisfacción, lo hacen bien y aprenden a ser mejores; se gustan a sí mismos y gustan de los demás, se aprecian y respetan a

ellos mismos y a los demás, tienen confianza consigo mismos y con los demás, se perciben como únicos y, finalmente, conocen y respetan sus sentimientos.

Coopersmith (citado por Branden; 2011) señala que las personas con autoestima alta se criaron bajo condiciones de aceptación.

Por otro lado, según Branden (2011), se entiende que la autoestima es mucho más que ese sentido innato y probablemente, es un derecho humano de nacimiento. La autoestima plenamente consumada es la experiencia fundamental de que es posible llevar una vida significativa y cumplir las propias exigencias con autoestima; una persona tiene la capacidad de triunfar, de enfrentarse a los desafíos de la vida, de ser feliz y plena, digna y tener derecho a afirmar sus necesidades y carencias. Se tiene la posibilidad no solo de aceptar y manejar las cualidades propias, sino conocer los errores y aprender de ello; además, las personas con autoestima alta suelen relacionarse y sentirse atraídas por otras cuyo grado de autoestima es alto.

2) La autoestima media:

Se parece en algunos aspectos a la autoestima alta, ya que estas personas también tienden a ser optimistas, expresivas y capaces de soportar las críticas, pero además tienden a estar pendientes de la aceptación personal. Esta inseguridad en relación con su valor les hace ser más activas de los sujetos con autoestima alta, y buscar experiencias sociales que pudieran enriquecer su evaluación (Branden; 2008).

3) La autoestima baja:

Implica también que el individuo piense que no vale nada, por lo que carece de respeto por sí mismo. El autorretrato es desagradable y desearía que fuera distinto de lo que es. Un concepto negativo parece levantar defensas en las relaciones tanto a sí mismo como hacia los demás. Branden (2008) explica que estas personas se ocultan tras un muro de desconfianza y se hunden en la soledad y el aislamiento. Viven bajo la sensación amenazante de que realmente no son valiosas y con una miopía interior de deformación, que se identifica por aspectos negativos de sí mismos.

Así, este tipo de personas aisladas se vuelven apáticas, indiferentes hacia sí mismas y a los demás. Les resulta difícil ver, oír y pensar con claridad, explican Rodríguez y cols. (citados por Branden; 2008).

El temor los intimida, los ciega y evita que se arriesguen ante la búsqueda de nuevas metas y soluciones; cuando sufren una derrota, se sienten desesperados.

El sentimiento de inseguridad e inferioridad que sufre, lo podría llevar a sentir envidia y celos de lo que los otros poseen, manifestado con actitudes de tristeza, depresión, renuncia y aparente abnegación, o bien, actitudes de ansiedad, miedo, agresividad y rencor, sembrando así el sufrimiento.

Las personas con baja autoestima piensan que no valen nada y esperan a ser pisoteadas y menospreciadas por los demás, tienen falta de confianza en sí mismas y se abstienen de expresar ideas, toman un papel pasivo, con inseguridad y falta de respeto.

Algunas características de un individuo con baja autoestima son:

Usa siempre algún prejuicio, dirige su vida a donde otros vayan y es estático, no evoluciona, tiene problemas para relacionarse con el sexo opuesto; realiza su trabajo sin satisfacción no lo hace bien y no aprende a mejorarlo; se disgusta consigo mismo y le desagradan los demás, se desprecia y humilla ante los otros, desconfía de sí mismo y de quienes lo rodean; no conoce sus sentimientos, los reprime o deforma, no acepta su expresión; siempre dice que no es capaz ni puede hacer nada, tiene miedo o quisiera ser otra persona.

Siguiendo con Branden (2011), una autoestima baja busca la seguridad de lo conocido y la falta de exigencia; el limitarse a lo familiar y a lo fácil contribuye a debilitar la autoestima.

Cuanto más baja sea la autoestima, menor será lo que se espera y lo que se aspire a conseguir. Cualquier trayectoria tiene tiende a reforzarse y a perpetuarse a sí misma.

Cuanto menor sea la autoestima, más urgente es la necesidad que se pruebe o valide el individuo y viva mecánicamente e inconscientemente, será más probable que la comunicación sea opaca, evasiva e inapropiada, debido a la incertidumbre sobre los pensamientos y sentimientos personales y/o la ansiedad de la actitud de la persona que escucha lo que el sujeto dice.

Las personas con esta cualidad, buscan la baja autoestima en los demás, no de forma consciente, sin duda, por aquella lógica que lleva a sentir que se ha encontrado un alma gemela. Las relaciones más desastrosas se dan entre aquellas personas que tienen un bajo concepto de sí mismas; la unión de dos abismos no crea una cima. Para finalizar, una autoestima baja se relaciona con infelicidad y esto desencadena las mencionadas actitudes, cualidades y carencias en el ser.

1.4 Componentes de la autoestima

A continuación se detallará cada componente que sobresale de la autoestima según Alcántara (1990), donde además de conocer cada uno, se desglosarán para examinar las características propias de la autoestima.

El primero es el componente cognitivo, el cual indica idea, opinión, creencias, percepción y procesamiento de la información. El autoconcepto es definido como la opinión que se tiene de la propia personalidad y la conducta. El conjunto de autoesquemas que organizan las experiencias pasadas y son usados

para reconocer e interpretar estímulos relevantes en el ambiente social. El autoesquema es una creencia y opinión sobre sí mismo, que determina el modo en que es organizada, codificada y usada la información que llega sobre la propia persona.

El autoconcepto ocupa un lugar privilegiado en la génesis, crecimiento y consolidación de la autoestima, en un proceso de interrelación. Las restantes dimensiones, afectiva y conductual, se supeditan al autoconcepto, que a su vez se hace acompañar por la autoimagen o representación mental que el sujeto tiene de sí mismo y en las aspiraciones futuras.

El vigor del autoconcepto se basa en las propias creencias, entendidas como convicciones o convencimientos propios. Si se carece de creencias, no se tendrá un autoconcepto eficiente y claro.

El segundo componente es el afectivo, este conlleva la valoración de lo que en la persona hay de positivo y negativo, implica un sentimiento de lo favorable o desfavorable, de lo agradable o desagradable que el sujeto percibe en sí mismo. Es sentir disgusto o gusto por uno mismo, admiración ante la propia valía, es un juicio de valor sobre las propias cualidades personales, es la respuesta de la sensibilidad y emotividad ante los valores y contravalores que se advierten.

Este elemento es el corazón de la autoestima, donde el gozo, la admiración y lo opuesto a esto como desprecio y dolor íntimo, se vuelve la esencia, así que

con esto se entiende que, a mayor carga afectiva, mayor potencia de la autoestima, es decir, cuanta más autoestima tenga el sujeto, más se querrá, a pesar de errores y caídas.

El tercer elemento es el conductual, se presenta como sinónimo de tensión, propósito y decisión de actuar, de llevar a la práctica un comportamiento consecuente y coherente, es la respuesta final de una dinámica interna, es la autoafirmación dirigida hacia el propio yo y que está en busca de reconocimiento por parte de los demás, es decir, el buscar por sí mismo el respeto, la admiración, el honor, la fama y todo lo favorable.

Según Carrión (2007: 18), “la eficacia personal que nos damos a nosotros mismos, es la confianza en el funcionamiento correcto de nuestros procesos mentales, es la capacidad de observar objetivamente los hechos, confiar y creer en uno mismo”.

La eficacia personal o excelencia se basa en tres cualidades humanas fundamentales, sinceridad, valor y prudencia.

- “Sinceridad con nosotros mismos para reconocer tanto los valores como los defectos, sin exaltaciones fruto de las pasiones (orgullo, vanidad, envidia), ni baja estima, fruto del miedo, pereza o negligencia.

- Valor para afrontar la realidad, el trabajo, y el esfuerzo que supone darnos cuenta de nuestros defectos, limitaciones o imagen deteriorada y poner manos a la hora y trabajar.
- Prudencia, todo sin sacudidas bruscas, hay que hacerlo todo paso a paso, sin prisas pero sin pausas, con el cuidado que se requiere para cualquier acto de precisión” (Carrión; 2007: 23).

Por otro lado, Carrión (2007) hace hincapié en la reafirmación de la valía personal, del derecho a vivir y ser feliz, sentir satisfacción en la eficacia personal, actuar de manera correcta ante la propia autoestima y valorarse siempre ante cualquier obstáculo.

Para Branden (2011), la autoestima tiene dos componentes que se relacionan entre sí: el primero es la sensación de confianza que se tiene ante los desafíos de la vida, es decir, la eficacia personal; el otro es la sensación de considerarse merecedor de la felicidad: respeto a uno mismo.

La eficacia personal significa tener confianza en el funcionamiento de la mente, en la capacidad para pensar y entender, para aprender, elegir y tomar decisiones; confianza en la capacidad de entender los hechos de la realidad dentro del ámbito de intereses y necesidades, en la confianza que se tiene de sí mismo.

El respeto a uno mismo, es reafirmar la valía personal, es una actitud positiva hacia el derecho de vivir y ser feliz: es sentir la comodidad al afirmar de forma apropiada los pensamientos, deseos u necesidades; el sentimiento de que la satisfacción y la alegría son derechos naturales.

1.5 Pilares de la autoestima

A continuación, se describirá cada pilar por el que está compuesta la autoestima, según Branden (2010).

El primer pilar, vivir conscientemente, habla de cómo implica tener conciencia de las acciones, palabras, propósitos, valores y metas que cada persona logra, y que si no se sabe cuáles son las virtudes, debilidades temperamentales y defectos de carácter que llevan a desesperar, entonces no se podrán resolver los conflictos, tampoco se sabrá el porqué de sus actos. Es necesario mejorar las circunstancias para no desesperarse, además de que todas las personas se deben conocer a sí mismas de una manera abierta y ser conscientes de sus actos y formas de pensar.

El segundo pilar es la autoaceptación. Sin ella, la vida es imposible, se genera un hábito de conducta de autorrechazo y el crecimiento personal se ve reprimido y no se podrá ser feliz; luego de observar y vivir consciente, el sujeto se aceptará tal cual es. Una sana autoestima es imposible sin aceptación. Muchos se rechazan a sí mismos, por lo que no podrán crecer ni madurar hasta que se

acepten y se amen. Se trata entonces de un narcisismo sano, que permite aceptar y amar para vivir en paz consigo y sus semejantes (Branden; 2008).

Por otro lado, la autoaceptación no es aprobar todo lo que se es o hace y tampoco es rehusar buscar ayuda; negar lo que es o hace, agrava el problema, daña y perjudica a otros.

El tercer pilar es tener autorresponsabilidad: esta práctica es hacerse cargo adecuadamente de sí mismo, en todas las situaciones que comprende una decisión. No se es responsable de las acciones de otros, sino del sujeto mismo, de los actos y palabras, de lograr metas y ser responsable de los mismos sueños y de su realización, responsabilidad decisiones y acciones. El sujeto debe ser capaz de sentirse feliz él solo y de esta manera, aprenderá a ser feliz por cuenta propia y sin necesidad de que otros aporten algo a su vida.

Otro aspecto importante es que se debe ser responsable de los aspectos de la propia vida, mas no se es responsable de todo lo suceda. Aprender que se tiene el control sobre algunas situaciones y sobre otras, no. La autoestima peligra si se culpa de aquello que está fuera de control.

El cuarto pilar se refiere a tener autoafirmación; cuando se tiene una sana autoestima, la autoafirmación suele aparecer como una consecuencia natural y cuando se tiene un adecuado sentido de la autoafirmación, se fortalece la autoestima. La relación es recíproca: una de las formas en que se puede construir

la autoestima es, pues, aprender a respetar los propios deseos, necesidades, valores, sentimientos y buscar formas adecuadas de expresarlos al mundo.

Branden (2011) señala que la autoafirmación significa estar dispuesto a defenderse de uno mismo, no tener miedo a ser quien es, tratarse con respeto, en encuentros con otros sujetos, y no fingir ser alguien más, no desvincular valores, creencias, y opiniones solo por ser aceptado por los demás.

Esta autoafirmación no significa en absoluto tener que pasar por encima de los demás para avanzar, ni ser siempre el centro de atención o reconocer los derechos de los demás.

El quinto pilar se refiere a vivir con determinación o con un propósito, significa tener razón o propósito para vivir, utilizar talentos para conseguir las metas que se han trazado. Significa que la persona vale por lo que es, no por las riquezas, posición social o títulos; si esta valía está basada solo en lo que se posee o se ha logrado, sobrevendría un derrumbe emocional.

La autoestima trae consigo la sensación de autocontrol sobre la propia existencia, como tener algo interior que guíe o marque una dirección, de manera que se controla el interior para saber en dónde se encuentra, y por el contrario, si se tiene baja autoestima, se carece de tal guía.

Los propósitos organizan y centran la energía, dan significado y estructura.

El sexto pilar es la práctica de la integridad, consiste en la integración de ideales, convicciones, creencias y normas por un lado, y la conducta por el otro. Al comportarse de manera que el criterio acerca de lo correcto colisione con las convicciones, creencias, moral o ética personales, se cae en incongruencias; el sujeto es deshonesto y se respeta menos. La autointegridad significa coherencia entre palabras y actos.

Las mentiras acerca de lo que los sujetos hacen, pero que dicen no hacer, es un claro ejemplo de la falta de integridad; por el contrario, el decir y actuar de la misma manera es tener una integridad inquebrantable, además de que el sujeto se siente en paz consigo mismo, el tener una sana autoestima es el reflejo de tal acto, no mentir ni engañar significa ser integro en los pensamientos y actos.

El séptimo pilar, sencillamente, es la disposición y voluntad a vivir esas seis prácticas.

1.6 Medición de la autoestima

Enseguida se mencionan algunos de los principales instrumentos que existen para la medición de la autoestima.

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

El Dr. Rosenberg fue profesor de Sociología en la Universidad de Maryland, Estados Unidos, desde 1975 hasta su muerte, en 1992. Es autor y editor de numerosos libros y artículos, y su trabajo en el concepto de sí mismo, en particular en lo que se refiere a la dimensión de la autoestima, es mundialmente conocida (psicologo-especialista-barcelona.com).

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 el objeto de evitar el llamado efecto de “aquiescencia autoadministrada”. No se establecieron inicialmente puntos de corte que permitan clasificar el tipo de autoestima según la puntuación obtenida, aunque sí es posible establecer un rango normal de puntuación en función de la muestra que se tome como referencia (sicolog.com).

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 constructor 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 (psicologo-especialista-barcelona.com).

Por otra parte, existe el Test de Autoestima de Neva Milicic, al cual presenta la evaluación clínica de la autoestima escolar con base en cinco categorías que caracterizan a los niños con alta y baja autoestima: autoestima física, autoestima afectiva, autoestima social, autoestima académica y autoestima ética (De la Hoz; 2014).

Otro instrumento es el Cuestionario de Autoestima de Coopersmith, que corresponde a un instrumento de medición cuantitativa de la autoestima. Este fue presentado originalmente por Stanley Coopersmith en 1959.

El autor escribe el instrumento “como inventario consistente en 50 ítems referido a las percepciones del sujeto en cuatro áreas: sus pares, padres, colegio y sí mismo” (Brinkmann y Segure; 1988: 64).

En 1967, Coopersmith informó que la contabilidad test-retest, en un grupo de estudiantes de quinto y sexto grado fue de un 0.89. Brinkmann, en su investigación, hizo una revisión de más de 24 indagaciones relacionadas con los temas de autoestima y/o autoconcepto. En ella se encontró con 17 instrumentos diferentes para medir autoestima. De ellos, el inventario de Autoestima de Coopersmith ha sido utilizado y validado en un mayor número de investigaciones transculturales demostrando siempre buenas propiedades psicométricas (Brinkmann y Segure; 1988).

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

Se realizó una investigación aplicada a 1398 alumnos de ambos sexos, de primero y segundo 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 la percepción del estudiante en cuatro escalas, además de 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 la relación con sus profesores (Brinkmann y Segure; 1988).

Se han creado otras pruebas estandarizadas para medir la autoestima, como es Test Estandarizado de Rosenberg, que se presentó por primera vez en

1965 y fue revisado en 1989. Este test es una escala profesional utilizada en la práctica clínica para valorar el nivel de autoestima (sicolog.com).

Por otro lado, también existe el Test de Autoestima Escolar (TAE), elaborado por Teresa Marchant, Isabel Margarita Haeussler y Alejandra Torreti. 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. El test permite ubicar el nivel de autoestima del niño en categorías que mantienen relación con los puntajes T: normalidad, baja autoestima o muy baja autoestima.

Este test se conformó a partir de una selección de ítems del Test Americano Piers Harris. El instrumento está compuesto de 23 afirmaciones (ítems) frente a cada una de las cuales el niño debe contestar Sí o No. El test da un resultado único, no tiene subescalas, y los ítems que lo conforman pertenecen a las seis subescalas del test original (conducta, status intelectual, apariencia física y atributos, ansiedad, popularidad, felicidad y satisfacción). (Thomas; 2011).

De esta manera, quedan expuestos los principales tópicos concernientes a la primera variable de investigación. En el siguiente capítulo se examinan los referidos a los trastornos alimentarios.

CAPÍTULO 2

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

El presente capítulo aborda temas relacionados con los trastornos alimentarios, así como la definición más clara y congruente; además de tipos, factores, perfiles y tratamientos.

2.1 Antecedentes históricos de la alimentación

Según Jarne y Talarn (2000), desde la antigüedad, en la historia de la cultura existen registros de conductas alimentarias desordenadas, en los banquetes que se celebraban de forma exagerada y desmesurada, para demostrar poder y en ocasiones, un marcado simbolismo sagrado. El vómito era un recurso usual para volver a comer.

En la cultura cristiana, la restricción alimentaria estuvo asociada con un simbolismo religioso, los primeros cristianos y místicos practicaban el ayuno como una penitencia. Quizá la más famosa anorexia de la historia fue la que padecía Catalina de Siena, nacida en 1347. Recibió una exquisita educación religiosa, por lo cual y a causa de las penitencias, empezó a rechazar la comida a los siete años de edad, y desde la adolescencia empezó a comer solo hierbas y un poco de pan.

Sin embargo, no todos los casos pretendidamente anoréxicos de esas épocas estaban vinculados con una vida de penitencia y sacrificio, sino que se describieron algunos con significación clínica en sí mismos. Por lo que parece, la existencia de estos pacientes y el motivo por los cuales se daba esta inanición, despertaron la curiosidad de la gente, perpleja ante la posibilidad de que existieran personas que pudieran sobrevivir sin alimentarse, sobre todo en una época en la que era difícil hacerlo. Del siglo XVII se conservan documentos escritos donde se detallan casos de inanición provocada por el rechazo de alimentos; aunque la información parece dispersa, ya que muchos comentarios proceden de terceras personas.

Por otro lado, los casos más antiguos de esta enfermedad datan de 1667: una joven, llamada Marthe Taylor, padecía de vómitos exagerados, y no comía nada en absoluto o vomitaba lo poco que comía. Ella fue vista por médicos, nobles y clérigos con la intención de convencerla de que comiera algo. Durante el tiempo de esta enfermedad, se dice que no defecó ni orinó; también sufrió amenorrea y el año que pasó con estos síntomas solo se mantuvo viva con aguas azucaradas.

En 1873, Gull y Lassege médicos de París, hicieron descripciones completas de cuadros anoréxicos. Gull, un experto clínico, constató la existencia de la patología orgánica que justificara la situación clínica anoréxica y se inclinó por una etiología psicógena (Jarne y Talarn; 2000).

Por otro lado, Russell en 1979 describió un cuadro caracterizado por episodios de ingesta voraz y conductas de purga posteriores, que consideraba vinculadas a la anorexia nerviosa. La denominó bulimia nerviosa y sería una forma ominosa de evolución de la anorexia, tal como lo definió Russell.

2.2. Definición y características clínicas de los trastornos alimenticios

Según la APA (2002), los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria. Para Belloch y cols. (1995), la anorexia nerviosa quiere decir falta de apetito y es un término habitual para designar un síntoma que aparece en muchos trastornos y enfermedades, como la depresión.

2.2.1 Anorexia nerviosa

Las características esenciales de la anorexia nerviosa consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, un miedo intenso de ganar peso y una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo, además, a las mujeres afectadas por este trastorno, aunque hayan pasado la menarquia, sufren amenorrea.

También Bruch (citado por Jarne y Talarn; 2000) señala que las tres características principales son la distorsión en la percepción de la imagen corporal,

sin que la persona reconozca su delgadez, la percepción distorsionada de los estímulos propioceptivos y un sentimiento general de ineficiencia personal.

Las personas con este trastorno, además, mantienen un peso corporal por debajo del nivel mínimo para su edad y talla.

Existe una alteración de la percepción del peso y de la silueta corporal; algunas personas se aprecian obesas, mientras que otras se dan cuenta de su delgadez, pero continúan estando preocupadas por algunas partes de su cuerpo en específico; pueden usar una amplia variedad de técnicas para estimar el tamaño y el peso de su cuerpo.

Pueden usarse los siguientes subtipos para especificar la presencia o la ausencia de atracones (comer excesivamente) o purgas (provocar el vómito después de comer excesivamente).

Tipo restrictivo: este subtipo describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso; durante los episodios de anorexia nerviosa, estos individuos no recurren a atracones ni purgas.

Tipo compulsivo/purgativo: este subtipo se utiliza cuando el individuo recurre regularmente a purgas y atracones (o ambos). La mayoría de los

individuos que pasan por los episodios de atracones, se provocan el vómito o utilizan diuréticos, laxantes o enemas de manera excesiva.

Algunos síntomas o trastornos asociados cuando los individuos sufren una considerable pérdida de peso, pueden presentar síntomas de estado de ánimo deprimido, retraimiento social, irritabilidad, insomnio y pérdida de interés por el sexo.

Finalmente, las personas con anorexia nerviosa, en su mayoría están ocupadas en pensamientos relacionados con la comida y en su físico, algunas llegan a coleccionar recetas de cocina o almacenan alimentos.

2.2.2 Bulimia nerviosa

Para Jarne y Talam (2000), el síndrome bulímico es un trastorno que se caracteriza por un modelo de alimentación anormal, con episodios de ingesta voraz seguidos por maniobras para eliminar las calorías ingeridas. Tras el episodio, el sujeto se siente malhumorado, con tristeza y sentimientos de autocompasión o menosprecio. Entre los episodios bulímicos, la alimentación puede no ser normal, sino estar fuertemente restringida o en un perpetuo ciclo de atracones y vómitos.

Según la APA (2002), las características esenciales de la bulimia nerviosa consisten en atracones (comer excesivamente) y en métodos compensatorios

para evitar la ganancia de peso, además, la autoevaluación de los individuos con esta enfermedad se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporal.

El paciente bulímico presenta, en general, una conducta desordenada; al principio con la alimentación, más adelante también en otros aspectos de su vida. El patrón de conducta relativo a la alimentación es desordenado e imprevisible, al contrario que la anorexia, cuyo patrón de conducta alimentaria es ordenado y previsible.

Un atracón hace referencia a comer en exceso y luego sentir culpa; por consiguiente, el sujeto llega a vomitar todo lo que comió. Los atracones varían de frecuencia, en función del estado de ánimo y la disponibilidad; los alimentos ingeridos durante la crisis bulímica no obedecen las preferencias específicas, sino a condiciones circunstanciales. Las conductas de purga no son regulares y los temores a ganar peso, o la percepción alterada de la figura, se relacionan con el estado de ánimo u otras circunstancias ambientales.

La paciente bulímica, al igual que la anoréxica, presenta pensamientos erróneos en relación con la comida, el peso y la figura. El rechazo a la posibilidad de ser obesa es una actitud común en ambas patologías.

Algunas pacientes proceden de la anorexia nerviosa; al cronificarse el trastorno y evolucionar hacia la bulimia, pasan de un control estricto de la dieta, a un control intermitente, aparecen atracones y conductas de purga.

Se puede decir que en la anorexia son consecuentes las conductas con las cogniciones, mientras que en la bulímica no ocurre así, esto favorece la aparición de sentimientos de fracaso y de impotencia, que marcarán de forma notable el carácter y la personalidad de estas enfermas.

Otra característica común es la ansiedad, ya que se puede considerar que la conducta bulímica se da en forma de crisis. Estos episodios agudos de ingesta y vómitos, están siempre acompañados de un estado emocional de tipo ansioso.

2.2.3 Obesidad

En general, se acepta que los obesos comen de forma excesiva y, a este respecto, la psicología ha intentado elaborar modelos explicativos de esta conducta de sobreingesta. Uno de ellos establece que las personas obesas tienen problemas de personalidad, que alivian comiendo en exceso; un segundo modelo explicativo considera la ansiedad como un factor determinante.

Durante mucho tiempo, se había establecido la teoría de que las personas con obesidad tenían problemas de personalidad que aliviaban comiendo.

Finalmente los elementos tanto emocionales como sociales influyen en la conducta del ser humano; las personas obesas suelen comer para satisfacer sus necesidades y ansiedad.

2.2.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas

Se trata de un término recogido por el CIE-10 (citado por Castillo y León; 2005) que se refiere a la ingesta excesiva como una reacción a acontecimientos estresantes y que da lugar a la obesidad. Circunstancias como duelos, accidentes, intervenciones quirúrgicas y acontecimientos emocionalmente estresantes, pueden dar lugar a una obesidad reactiva, en especial en pacientes predispuestos a la ganancia de peso.

Hay que diferenciar este tipo de trastorno de las situaciones en las que, a priori, el paciente sufre una obesidad y esta desencadena la falta de confianza en las relaciones interpersonales y baja autoestima; en contraste con las situaciones en las que la obesidad es el resultado de efectos secundarios de tratamientos farmacológicos. Este trastorno recibe también el nombre de hiperfagia psicógena.

2.2.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas

Se les conoce también por el término de vómitos psicógenos e hiperémesis gravídica psicógena.

Pueden aparecer vómitos repetitivos, no autoprovocados, en cuadros disociativos, o en la hipocondría como uno de los primeros síntomas corporales experimentados; es en el embarazo en donde factores emocionales pueden facilitar la aparición de vómito o náuseas recurrentes.

2.2.6 Trastornos de la conducta alimenticia en la infancia

Aquí, el CIE-10 (referido por Castillo y León; 2005) hace referencia a los trastornos que se presentan por lo general en la infancia y en la niñez. La característica fundamental es que el niño rechaza los alimentos o presenta conductas muy caprichosas, que se alejan bastante de lo que es una conducta alimentaria normal y lo hace frente a su cuidador habitual. En ocasiones puede asociarse con un proceso llamado rumiación o mericismo.

Para diagnosticar un trastorno de esta índole, habrá que descartar alguna enfermedad orgánica, y no confundir los pequeños caprichos frecuentes de la niñez o infancia o las variaciones al alza o la baja de la alimentación. Todas estas dificultades en la alimentación del niño son normales, pero si su grado supera alarmantemente ese rango de normalidad, si las características de dicha dificultad son cualitativamente anormales o si el niño tiene una tendencia clara a ganar o perder peso en un periodo de al menos un mes, se debe pensar que se trata de este trastorno.

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

- Rechazo alimentario: se trata de un síntoma que puede aparecer en múltiples patologías psiquiátricas. Una de estas patologías puede ser la anorexia nerviosa; en sus primeras etapas el sujeto no pierde el apetito pero rechaza la comida, no siempre es fácil darse cuenta de este síntoma ya que el individuo lo disimula, dando como pretextos molestias intestinales.
- Pica o alotriofagia: se trata de un trastorno de conducta alimentaria, en la que el sujeto ingiere de forma persistente sustancias no nutritivas, por ejemplo: tierra o pintura.

Se considera como una conducta anormal cuando aparece por encima de los 18 meses. En el caso de los niños, puede tratarse de un síntoma más que un trastorno psiquiátrico grave, que indique autismo o retraso mental. También puede aparecer en niños con inteligencia normal, generalmente en pequeños y remitir en la adolescencia.

2.3 Esfera oroalimenticia en el infante

La definición directa acerca de la esfera oroalimenticia es la alimentación que existe entre el bebé y su madre. Poco a poco el niño fijará su mirada en la

madre, a la que está íntimamente unido. Es decir, en el acto de tetar, el área oral es la línea de relación con el exterior.

La actividad oral es fuente de satisfacción y biológica necesidad de nutrición. Es también una fuente de contacto mediante la apropiación de un objeto externo, consistente en recoger y dejar, un juego de mordiscos, de ingurgitación y regurgitación.

Se cree que desde nada más nacer, se conoce inconscientemente el pecho, lo cual es tal vez considerado como una herencia fisiogenética.

2.3.1 Alteraciones en la esfera alimenticia

Según el Manual de Psiquiatría Infantil (Ajuriaguerra; 1973), la anorexia esencia precoz es relativamente rara. Podrá aparecer en las primeras semanas de vida, es la auténtica anorexia del recién nacido, se da en un terreno especial: en niños de poco peso, nerviosos o muy despiertos. Al principio, muestran una pasividad ante la comida, y pasados algunos meses, se muestran reacios a comer.

La anorexia del segundo semestre es más frecuente, aparece entre el quinto y el octavo mes, al suprimirse paulatinamente la leche e ir diversificando el régimen, cuando todavía es lábil el apetito y aún se producen grandes cambios en el desarrollo infantil. Existen dos modalidades:

- 1) La anorexia inerte consiste en que el niño no tiene iniciativa ni coopera, a veces ni siquiera ingiere leche; se le escapa por la comisura de los labios e incluso vomita la poca que haya tomado.
- 2) Anorexia de oposición: es un auténtico enfrentamiento, el menor reacciona de manera casi caracterial ante la comida, con chillidos, rabietas, agitación, rotación tónica, no queriendo comer, con rechazo y vómitos; métodos de los que se vale para rechazar la comida que le ofrecen los padres, esta es una auténtica lucha de la que saldrá victorioso y los padres, agotados (Ajuriaguerra; 1973).

Se entabla la relación madre e hijo por la vía oral, como rechazo o aceptación; la pasividad o rebeldía son las únicas formas de manifestar su personalidad. Inicialmente, su rechazo o su pasividad corresponderá a la manera de comportarse la madre (rigidez, o complacencia excesiva, extrema ansiedad).

Respecto a la preocupación por la alimentación, al cabo de un tiempo el niño se habrá acomodado a las costumbres de sus padres.

En el segundo semestre, L. Kreisler (Ajuriaguerra; 1973) distingue dos tipos de anorexia:

La simple, que al comienzo se asemeja una reacción al destete ante el cambio de alimentación o ante un incidente patológico benigno o de carácter serio,

causante de una pasajera anorexia orgánica que, a su vez, da origen a una interacción ante la madre, empeñada en imponerse, y el niño, en franca oposición; fundamentalmente, es un conducta de rechazo en un nivel elemental y no se considera como pérdida del hambre o el apetito.

Por otra parte, la anorexia compleja está caracterizada por la intensidad de los síntomas y por la resistencia de los tratamientos habituales. El anoréxico se distingue del niño que constitucionalmente es poco comedor, en que el último lo manifiesta poco antes.

Los casos de anorexia más graves casi siempre responden a un conflicto en la relación con la madre. La anorexia infantil no es un síntoma ni hay que tratarla como tal, sin antes considerar al detalle todo lo referente a su manera de comer: las condiciones en que se efectúa, horarios y números de comidas, cantidad de comidas, y el ambiente en el que regularmente se efectúa la alimentación.

La anorexia de la segunda infancia puede aparecer en esta edad y se caracteriza por una viva actitud de oposición y por la existencia de numerosos caprichos alimenticios más o menos variables.

Esta clase de anorexia suele seguir a la de la primera, pero también suele darse en niños que se han alimentado con normalidad en su primer año y cuyos mecanismos de rechazo son causados tras cierta ritualización de su comida en

el ambiente familiar. Es o bien una oposición de rigidez paterna o bien, un acto de elegir caprichosamente la comida, con indicios fóbicos. La evolución de la anorexia es más grave fisiológicamente, pero da la pauta de la conducta a seguir en cuanto a la comida en el futuro (Ajuriaguerra; 1973).

2.4 Perfil de la persona con trastornos alimenticios

Una posible predisposición a los trastornos de alimentación es la dificultad que tienen ciertas personas para funcionar de manera discriminada de la familia y de otros patrones externos. Esto es, jóvenes que viven muy pendientes de lo que otros esperan de ellos, de cumplir con los ideales de sus padres o darles una satisfacción a los demás. La obligación de ser siempre perfecto para los demás les deja poco margen de seguridad para desarrollar un pensamiento personal o para hacer los planteos propios de una etapa de crecimiento.

Cuando la seguridad está puesta exclusivamente en el exterior, en cumplir con lo que se supone que esperan los demás y en adecuarse en la imagen que otros esperan, es inevitable que se tenga una imagen de ineficiencia personal y dificultad para resolver las situaciones, empleando los recursos que se tienen, porque estos individuos siempre terminan dudando de sí mismos.

En general, los jóvenes que padecen este trastorno transitan una etapa que naturalmente está llena de situaciones bastantes cambiantes: mudanza de escuela, de amigos, de barrio, en la relación con los padres o la posibilidad de una

relación más íntima con el sexo opuesto. Muchas veces es la dificultad para encarar estas situaciones y resolverlas lo que hace que una persona vulnerable desarrolle un trastorno alimenticio. (Costin, 2003).

Por otro lado, existe un déficit de atención en la autoestima, es decir, es algo personal en el sentido de que cada uno construye el concepto de su “Yo”, con distintos ingredientes, como la valoración de la habilidad para relacionarse con los demás, la aptitud para llevar a cabo ciertas actividades, los logros que se tienen, la apariencia física, objetos materiales que se poseen, la capacidad intelectual y la alegría que en general se siente en la vida cotidiana.

Además, la autoestima es también el concepto que se tiene de la propia valía y se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que sobre sí mismos ha ido recogiendo el sujeto durante la vida. La construcción y el mantenimiento de la autoestima dependerán de todos estos factores.

Las personas que se sienten bien consigo mismas, que tienen una sana autoestima, son capaces de enfrentarse y resolver los retos y las responsabilidades que la vida plantea. Por el contrario, quienes tienen una autoestima baja, suelen autolimitarse. Costin, (2003)

El autoconcepto es un amplio espectro de actitudes y comportamientos que forman la concepción que se tiene acerca de sí mismo, como una imagen total.

En lo que corresponde al camino a la perfección y el autocontrol, la tendencia al perfeccionismo es bastante común entre las jóvenes con trastornos del comer. Para alcanzar la perfección es necesario mantener el cuerpo ideal, a cualquier costo. Costin (2003)

También es muy frecuente una tendencia muy marcada a controlar todo en sus vidas. Estas jóvenes no permiten que las circunstancias estén fuera de su control y tienen gran dificultad para ensayar alternativas de salida, porque suponen que “deberían saber” cómo hacer todo bien desde el comienzo.

Otras características propias del perfil de una persona con trastornos de alimentación incluyen el miedo a madurar. En el período que va desde la pubertad, pasando por la adolescencia, hasta llegar a la juventud, algunos jóvenes sienten que son poco hábiles para vivir con estos cambios, que no tienen recursos o que nadie los ayuda a transitarlos. Los cambios físicos vienen acompañados, entre otras modificaciones, de un aumento en el peso corporal. Para muchas jóvenes, este puede ser el factor precipitante, una dificultad para aceptar un cuerpo que inevitablemente transmite el mensaje de que ya ha dejado la infancia. Estas jóvenes están muy estancadas en la niñez y tienen temor a crecer, o bien, perciben el temor de sus padres a que eso suceda y sufren, en realidad, por la falta de estímulos de parte de ellos para animarse a entrar en el mundo adulto.

2.5 Causas de los trastornos alimenticios

Según Costin (2003), no hay una causa única de estos trastornos, sino un variado abanico de factores, incluyendo las presiones culturales, familiares e individuales, los desajustes emocionales y los trastornos de la personalidad, aunque cada tipo de trastorno es determinado por diferentes combinaciones de estas influencias, denominadas predisponentes.

En este sentido, predisponer significa preparar con anticipación una situación o el ánimo para un fin.

2.5.1 Factores predisponentes individuales

La idea que se tiene de uno mismo puede ser un factor que predisponga la conducta, esto abarca las alteraciones cognitivas: pensamientos concretos y rígidos, razonamiento dicotómico (todo o nada) hacia la propia persona, sin pensar en las consecuencias. Algunas características del pensamiento que desencadenan pensamientos erróneos son: obesidad, perfeccionismo y autocontrol, introversión, autoestima baja, problemas de la adolescencia, inseguridad, miedo a la maduración, problemas para ser autónomo, depresión y exceso de peso.

Según Ogden (2005), las teorías psicológicas de la elección de la dieta examinan los factores individuales que influyen en la conducta de comer, haciendo hincapié en el aprendizaje, las creencias, las actitudes y la constitución psicofisiológica de la persona. La selección de los alimentos se produce dentro de una red de significados sociales, algunos de ellos están relacionados con el mismo alimento y esto también debe constituir el centro de atención del análisis: Los nutricionistas saben que el paladar se entrena, que el sabor y el olor están sometidos al control cultural. Ogden (2005). En particular, la autora describe los sistemas de clasificación de los alimentos que se ofrecen como medio para su comprensión y su consumo; examina como los alimentos representan aspectos de la identidad del sujeto en términos de género, sexualidad, conflictos y autocontrol, así como las formas en que son fundamentales para la interacción social, como la comunicación del amor y el poder. Por último, estudia la comida como símbolo de la identidad cultural, en relación con la religión, el poder social y de delimitación entre cultura y naturaleza.

Otras de las funciones que puede incluir la necesidad de alimentarse, son:

- 1) La comida como afirmación del yo: La comida facilita información sobre la identidad personal y actúa como una comunicación de necesidades internas, conflictos internos y del sentido del yo.
- 2) Comida y sexualidad: Algunos alimentos se relacionan con el sexo y la sexualidad. Esta interrelación está presente en muchas culturas y en diferentes épocas, asimismo, el comer despierta los impulsos sexuales.

- 3) La comida como interacción social: la alimentación lleva consigo un significado y constituye una forma fundamental de comunicación en la interacción de los individuos. En este contexto social, la comida es un foro para las expresiones de amor y atención y para los conflictos entre salud y placer, y constituye un símbolo de las relaciones de poder en el seno de la familia.
- 4) La comida como identidad cultural: En algunas culturas, las creencias religiosas influyen en la alimentación, tal es el caso de los hindúes y los judíos, ya que los primeros no consumen la carne de res por considerar sagrados a estos animales, mientras que los segundos evitan el consumo de carne de cerdo, por considerarlo profano. La comida es una declaración de estatus social y una muestra del poder social: las personas poderosas comen bien y son alimentadas bien por otros, esto es considerado como símbolo primordial del valor social. De forma paralela, el rechazo de la comida sirve también para recuperar el control del mundo social.
- 5) La comida como poder social: El alimento también es un símbolo de status social, dado que las personas poderosas comen bien, y son alimentadas por otros; la comida es un símbolo primordial de valor social, es un componente primordial de la subsistencia y su falta se considera como una muestra de desigualdad. Ogden (2005).

La elección de la comida se produce en el contexto de un complejo de significados, algunas investigaciones que estudian la comida y su alcance, han

descrito un profundo sistema subyacente de clasificación que es relevante en todas las culturas.

2.5.2 Factores predisponentes familiares

Para Rausch (1997), una pregunta frecuente es si la familia es víctima o generadora del trastorno alimenticio, lo cierto es que los factores socioculturales y familiares pueden proveer el contexto para esta patología.

Las familias con deficientes hábitos alimentarios, obesidad de algún miembro de la familia, preocupación excesiva de la madre o el padre por la figura, por el peso y las dietas, conflictos (separación de los padres, historia de depresión y alcoholismo), modelo de dinámica familiar: clima tenso, rígido, agresivo, distante, con poca comunicación, escasamente afectuoso, con baja resolución de conflictos, sobreprotector o con mezcla de roles familiares, son causantes de una conducta autodestructiva, si el individuo no tiene consciencia de lo que podría causarle daño.

A veces las familias con poca comunicación son causantes del desarrollo de un trastorno alimentario en uno de sus miembros. Tanto la paciente como sus padres o hermanos pueden ser considerados alternativamente el que más sufre o el más responsable de lo que sucede. Y este tipo de interacción suele estar más relacionado con la evolución de la enfermedad que con su origen.

Algunos rasgos de las familias que pueden llegar a producir un trastorno, engloban:

- Escasa comunicación entre los miembros.
- Incapacidad para la resolución de los conflictos que se presentan.
- Sobreprotección por parte de los padres.
- Rigidez y falta de flexibilidad para encarar las situaciones nuevas, o regular las reglas familiares adecuándolas a los cambios de etapa.
- Expectativas demasiado altas de los padres respecto de los hijos.
- Historias familiares que incluyen depresión y alcoholismo.
- Existencia en el seno de la familia de abuso sexual o físico (Rausch; 1997).

Para una joven que crece en el seno de la familia donde el cuidado de la imagen externa es lo fundamental, donde la figura y el peso corporal ocupan un lugar predominante en las preocupaciones de los adultos, es muy difícil escapar a esa influencia.

2.5.3 Factores predisponentes socioculturales

Existen diversos componentes respecto a la presión social para ser delgada: se observó el 1994 en un hospital de Toronto, Canadá, en una encuesta realizada sobre la percepción de la imagen propia, el 42% de las personas aseguró que lo más feliz que las podría hacer es perder peso, en otros datos

surgieron de esta encuesta, más del 90% de la gente estaba insatisfecha con su imagen corporal. Costin (2003).

Cuando se habla de un cuerpo ideal o espectacular, se hace referencia no a una ideal salud o bienestar, sino de moda imperante en ese determinado momento. El ideal de belleza ha ido cambiando según las épocas y es diferente en las distintas sociedades.

Los trastornos en la alimentación son típicos de las sociedades industrializadas del mundo, algunas veces esta enfermedad es propia de la clase media y alta, prácticamente no se registra en las clases bajas.

A principios de siglo, la delgadez no era considerada atractiva, en estas últimas décadas, se espera que la mujer considere la belleza y la delgadez como sinónimos.

La persona que sufre de un trastorno de la alimentación llega a estar tan obsesionada, que dispone de poco o nada de tiempo para pensar en estar bien y mucho menos tiene las condiciones de estabilidad emocional mínimas, para tener un eficiente desempeño en su actividad laboral, escolar o social.

La sociedad comunica claramente que el papel más importante de la mujer es ser atractiva físicamente. Esta es una forma de tiranía impuesta sobre la mujer,

ya que por un lado exige ser atractiva físicamente y dedicar enormes esfuerzos a lograrlo.

Se sugiere además que el atractivo está ligado estrechamente con el mantenimiento de una apariencia juvenil. Entonces no solamente hace falta desarrollar un cuerpo femenino, con formas propias de la mujer, sino que tampoco está permitido crecer, madurar y envejecer naturalmente, al ritmo que la vida requiere para ser vivida.

Para Costin (2003). La mujer con un cuerpo perfecto, sin duda, debe desarrollar una carrera brillante, debe desempeñarse fluidamente a nivel social, debe construir un mantenimiento perfecto y debe ser una perfecta madre, debe tener un gran control sobre sí misma, con logros bien visibles y ser perfeccionista.

Hoy la delgadez es el símbolo de estatus social, el perseguir la delgadez nunca llevó a la felicidad. De hecho, cuanto más grave es el tratamiento, más difícil es lograr los objetivos personales de bienestar y seguridad.

Es importante tener en cuenta los factores genéticos contra los que puede luchar; cuidar la discriminación a la que se está sometiendo a los obesos. Algunos de los prejuicios son:

1. Se tiene la idea de que los obesos lo son porque comen más que los no obesos; las investigaciones demuestran que no es así: nadie se vuelve obeso por comer lo que es saludable y esperable para su cuerpo.

2. Se cree que los obesos tienen más problemas psicológicos que los no obesos. Seguramente los primeros tienen que luchar contra tremendas presiones sociales por su figura, lo cual acarrea problemas, pero como un efecto secundario a la discriminación.
3. Se piensa que la obesidad, aun moderada, está asociada con un incremento en la mortalidad. Está demostrado que la mayor mortalidad se produce en las que pesen entre un 10 y un 20% por encima de su peso esperado. Se está investigando la hipótesis de que los problemas de alta presión sanguínea y muerte por infarto, asociados a personas con sobrepeso, se deban más a los efectos en el organismo de la repetición del ciclo dieta-pérdida de peso-recuperación de peso, que al factor obesidad en sí mismo.

2.6 Percepción del cuerpo en los trastornos alimenticios

Comer alimentos o dejar de hacerlo, puede causar cambios del tamaño y la forma corporales. La preocupación por estos cambios constituye la preocupación por el peso, que ha generado numerosos trabajos y suscitado intereses durante las últimas décadas. La insatisfacción corporal se ha definido como la imagen que se forma del propio cuerpo en la mente, pero también es la percepción de los límites del cuerpo, las personas quieren reflejar una silueta perfecta, por lo que nunca están satisfechas por como lucen.

En las causas de la insatisfacción corporal destacan tanto los factores sociales como los psicológicos. Ambos se muestran enseguida, desde la perspectiva de Costin (2003):

- 1) Factores sociales e insatisfacción corporal: Las investigaciones que estudian la influencia de los factores sociales en el desencadenamiento de la insatisfacción corporal, señalan en especial los papeles que desempeñan los medios de comunicación, la cultura y la familia.
- 2) Los medios de comunicación: La creencia más extendida en las revistas, periódicos, la televisión u otro medio, solo señalan como ejemplos cuerpos perfectos y objetos relacionados con volumen corporal perfecto, los anuncios publicitarios de chocolates y otros productos alimenticios son modelados por personas delgadas, por lo que inducen al público a tener un cuerpo perfecto y el consumidor recurre a métodos dañinos para su salud, como la anorexia.
- 3) Cultura: Las investigaciones han examinado también la influencia de la cultura de un individuo sobre su insatisfacción corporal, existe principal atención a su carácter étnico y clase social, se señala la insatisfacción con su grupo étnico, su alimentación y costumbres al respecto.
- 4) La familia: La investigación también se ha ocupado de la influencia familiar, en particular ha destacado el papel de la madre e indicado que

las madres descontentas con su propio cuerpo, comunican esa sensación a sus hijas, lo que lleva a su propia insatisfacción corporal.

- 5) Factores psicológicos e insatisfacción corporal: Las investigaciones indican que la insatisfacción corporal puede estar relacionada con los medios de comunicación. También se señala el papel de la clase social, el carácter étnico y el ambiente familiar, pero esta relación no es consistente.
- 6) Relación entre madre e hija: Este factor describe a las madres como extraordinariamente dadoras, atentas a las necesidades de cada componente de la familia y perfeccionistas en los estrictos estándares de su propio comportamiento, al tiempo que están inhibidas en la expresión directa de sus propias necesidades. Asimismo, si la madre tiene una actitud hacia su peso, se lo hará ver a su hija, originando que esta imite conductas de la progenitora.
- 7) Consecuencias de la insatisfacción corporal respecto a las mujeres: La consecuencia más común de la insatisfacción es el sometimiento a un régimen alimenticio, hasta un punto en el que más del 70% de las mujeres siguen algún régimen en su vida y alrededor del 40% lo mantiene toda su vida.

- 8) Ejercicio: Todas las mujeres de entre 13 y 18 años hacen ejercicio con más frecuencia que los hombres. Aquellas que hacen ejercicio participan sobre todo en mantenimiento de la forma, con yoga, danza y natación, de esta forma tienen una imagen más positiva de sí mismas y disminuye la acumulación de grasa.

- 9) Cirugía estética: Una minoría de mujeres que está insatisfecha con su cuerpo, recurre a la cirugía, sin embargo, en los últimos años ha ido aumentando.

2.7 Factores que mantienen los trastornos alimenticios

Según Costin (2003), la dieta es un factor perpetuante por excelencia: el cuerpo que ya está subalimentado, causa el malestar anímico y emocional, así como la falta de fuerzas en la persona. Por lo tanto, es inevitable que las consecuencias afecten tanto el organismo como el ánimo.

Es insoslayable la necesidad de empezar a recuperarse físicamente, a alimentarse correctamente para recuperar la estabilidad orgánica y volver a sentirse mejor emocionalmente. Existen complicaciones de orden fisiológico y psicológico que derivan de los trastornos de la conducta alimentaria y que vienen a convertirse en los factores perpetuantes; las prácticas de control de peso y las obsesiones con las dietas, dejan de ser una solución al problema para convertirse

justamente en lo que lo mantiene: en un hecho “sin fin. Por lo tanto, es inevitable que las consecuencias afecten tanto el organismo como el ánimo.

La dieta puede desencadenar un serio trastorno de la alimentación, así aparecen la culpa, la ansiedad, el miedo y la pérdida de control sobre la alimentación, como efecto de fracasar en ese intento de manipular el peso corporal. Estos sentimientos ayudan a la persona para “probar nuevamente” con la dieta. Así se pone en funcionamiento el ciclo. También se desarrollan actitudes y creencias extrañas acerca de la comida; en especial, surge un intenso miedo a ganar peso descontroladamente, que contribuye a paralizarse más.

2.8 Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios

Jarne y Talarn (2000) señalan que los trastornos de la conducta alimentaria suelen estar asociados con otros problemas psiquiátricos. En efecto, existe una elevada comorbilidad. Por ejemplo, los pacientes con anorexia nerviosa suelen cumplir también los criterios de depresión clínica, y también del trastorno obsesivo compulsivo; se trata de dos trastornos que también son frecuentes en los pacientes con bulimia. Por otra parte, también suelen aparecer trastornos por abuso de sustancias, tanto junto a la bulimia como en el subtipo obsesivo purgativo de la anorexia nerviosa. También es frecuente que se diagnostiquen trastornos de la personalidad comórbida a las personas con trastornos alimentarios, quienes sufren el tipo restrictivo de personalidad del grupo ansioso-atermorizado. También suele haber trastornos de la personalidad entre los

pacientes con atracones, hay cierta evidencia que sugiere que en este grupo se incluyen personas con consumo de alcohol.

En más datos sobre la psicopatología coligada, aquellas personas que desarrollan un trastorno de la alimentación de tipo bulímico, presentan alguna psicopatología asociada; la depresión es el trastorno que más se ha relacionado con la bulimia, sin embargo, también las pacientes bulímicas puntúan alto en las escalas de ansiedad (Jarne y Talarn; 2000).

Los estudios psicopatológicos en personas bulímicas, señalan que los marcadores biológicos y los estudios familiares ponen de manifiesto la relación entre trastornos afectivos y bulimia nerviosa. Está abierta la discusión sobre si esta depresión es primaria y relacionada directamente con la bulimia, si la bulimia es la manifestación de un trastorno afectivo subyacente o si tan solo se trata de una depresión secundaria al trastorno de la alimentación y sus síntomas.

2.9 Tratamiento de los trastornos alimenticios

Según Rausch (1997), hasta el momento no hay una teoría etiológica o de la patogénesis de la anorexia nerviosa que haya logrado una aceptación generalizada. Los tratamientos abarcan la psicoterapia individual, de grupo y/o familiar, y la orientación nutricional.

A todos los niveles de cuidado, el tratamiento generalmente incluye altos niveles de estructura y un plan de tratamiento conductual basado en el peso del paciente y sus hábitos de comer.

Con estas consideraciones termina el capítulo referido a los trastornos alimentarios. Con ello, se ha logrado aclarar que dichas perturbaciones tienen un marco causal por demás amplio, de modo que no hay un componente determinante; respecto a sus manifestaciones y criterios de diagnóstico, la profundidad de su estudio es un requisito indispensable para diferenciar cada padecimiento.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En los capítulos anteriores se presentaron los fundamentos teóricos de las variables investigadas, por lo que en este tercer título se mostrará lo concerniente a la investigación de campo y los resultados obtenidos a partir del procesamiento de los datos.

Primeramente se realiza la descripción de la metodología utilizada, así como de la población que se investigó. Posteriormente se presenta el análisis y la interpretación de resultados, para poder llegar a conclusiones generales, con ello fue posible contestar la pregunta que plantea el problema de investigación, así como corroborar alguna de las hipótesis planteadas, con el fin de cubrir plenamente los objetivos establecidos.

3.1. Descripción de la metodología

Según Hernández y cols. (2010), la investigación es un conjunto de procesos sistemáticos, críticos y empíricos que se aplican al estudio de un fenómeno.

A lo largo de la historia de la ciencia, han surgido diversas corrientes de pensamiento, como el empirismo, el materialismo dialectico, el positivismo, la fenomenología, el estructuralismo y diversos marcos interpretativos, como la etnografía y el constructivismo, que han originado diferentes rutas en la búsqueda del conocimiento, sin embargo y debido a las diferentes premisas que lo sustentan, desde el siglo pasado, tales corrientes se han polarizado en dos aproximaciones principales para indagar: el enfoque cuantitativo y el cualitativo.

Ambos enfoques emplean procesos cuidadosos, metódicos y empíricos en su esfuerzo para generar conocimiento.

Estas comparten las siguientes características, de acuerdo con Creswell (citado por Hernández y cols.; 2010):

1. Llevan a cabo la observación y evaluación de fenómenos.
2. Establecen suposiciones o ideas como consecuencias de la observación y evaluación realizadas.
3. Demuestran el grado en que las suposiciones o ideas tienen fundamento.
4. Revisan tales suposiciones o ideas sobre la base de las pruebas o del análisis.
5. Proponen nuevas observaciones y evaluaciones para esclarecer, modificar y fundamentar las suposiciones o ideas; o incluso para generar otras.

El presente estudio tomó como paradigma el enfoque cuantitativo.

3.1.1 Enfoque cuantitativo

En función de la naturaleza de los objetivos planteados en el presente estudio y de la formulación de las hipótesis de investigación, se determinó emplear el paradigma cuantitativo, dada su ventaja sobre el cualitativo en el logro de los propósitos de la presente indagación.

El enfoque cuantitativo tiene las siguientes características:

1. El investigador plantea un problema de estudio delimitado y concreto. Sus preguntas de investigación versan sobre cuestiones específicas.
2. Una vez planteado el problema de estudio, el investigador considera lo que se ha investigado anteriormente y construye un marco teórico, del cual se derivan una o varias hipótesis y las somete a prueba mediante el empleo de los diseños de investigación apropiados.
3. Las hipótesis se generan antes de recolectar y analizar los datos.
4. La recolección de los datos se fundamenta en la medición; se lleva a cabo al utilizar procedimientos estandarizados y aceptados por una comunidad científica. Para que una investigación sea creíble y aceptada por otros investigadores, debe demostrarse que se siguieron tales procedimientos. Como en este enfoque se pretende medir, los fenómenos estudiados deben verificarse en el mundo real.

5. Debido a que los datos son producto de mediciones, se representan mediante números y se deben analizar a través de métodos estadísticos.
6. En el proceso se busca el máximo control, para lograr que otras explicaciones posibles distintas o rivales a la propuesta del estudio, o sea las hipótesis, sean comprobadas o descartadas.
7. Los análisis cuantitativos se interpretan a la luz de las predicciones iniciales y de estudios previos.
8. La investigación cuantitativa debe ser lo más objetiva posible, los fenómenos que se observan y miden no deben ser afectados por el investigador.
9. Los estudios cuantitativos siguen un patrón predecible y estructurado.
10. Esta aproximación utiliza la lógica y razonamiento deductivo.

La metodología de investigación marca las estrategias a implementar para la recolección de datos de la realidad. Esta metodología debe estructurarse en función de los objetivos de investigación.

3.1.2 Investigación no experimental

Según Hernández y cols. (2010) podría definirse como la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, se trata de estudios donde no se hace variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables. Lo que se hace en la investigación no

experimental, es observar los fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para posteriormente analizarlos.

Es decir, en un experimento, el investigador construye deliberadamente una situación a la que son expuestos varios individuos; mientras tanto, en un estudio no experimental no se genera ninguna situación, sino que se observan circunstancias ya existentes, no provocadas intencionalmente en la investigación por quien las realiza. Las variables independientes ocurren y no es posible manipularlas, no se tiene control directo sobre dichas variables ni se puede influir sobre ellas, porque ya sucedieron, al igual que sus efectos (Hernández y cols.; 2010).

3.1.3 Diseño transversal

Según Hernández y cols. (2010), los diseños de investigación transeccional o transversal, recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es decir, es como tomar una fotografía del hecho a observar, tal cual, con sus características y todo lo relacionado con la imagen.

Al recolectar datos de manera explícita, se le llama recolección de datos únicos. Se pueden abarcar varios grupos o subgrupos de personas, objetos o indicadores, así como diferentes comunidades, situaciones o eventos.

A su vez los diseños transeccionales se dividen en tres: exploratorios, descriptivos y correlacionales-causales.

3.1.4 Alcance correlacional

De acuerdo con Hernández y cols. (2010), los estudios correlacionales pretenden responder a preguntas de investigación, y asocian las variables mediante un patrón predecible para un grupo o población.

Su finalidad es conocer la correlación o grado de asociación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular. En ocasiones solo se analiza la relación entre dos variables, pero con frecuencia se ubican estudios relaciones entre tres o más variables.

Los estudios correlacionales, al evaluar el grado de asociación entre dos o más variables, miden cada una de ellas, y después cuantifican y analizan la vinculación. Tales correlaciones se sustentan en hipótesis sometidas a prueba.

La utilidad principal de los estudios correlacionales es saber cómo se puede comportar un concepto o una variable al conocer el comportamiento de otras vinculadas. Es decir, intentar predecir el valor aproximado que tendrá un grupo de individuos o casos en una variable, a partir del valor que poseen las otras relacionadas.

Los estudios correlacionales se distinguen de los descriptivos principalmente en que, mientras estos últimos se centran en medir con precisión las variables individuales, los primeros se evalúan con la mayor exactitud que sea posible, el grado de vinculación entre dos o más variables, pudiéndose incluir varios pares de evaluaciones de esta naturaleza en una sola investigación. La investigación correlacional tiene en alguna medida un valor explicativo, aunque parcial, ya que el hecho de saber que dos conceptos o variables se relacionan, aporta cierta información explicativa.

Cuando mayor sea el número de variables que se asocien en el estudio y mayor sea la fuerza de las relaciones, más completa será la explicación.

3.1.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Las técnicas empleadas en la recolección de datos son fundamentalmente de dos tipos: estandarizados y no estandarizados; los primeros se caracterizan fundamentalmente porque poseen uniformidad en las instrucciones para administrarse y calificarse, así como ciclos específicos de desarrollo y confirmación; por su parte, los segundos usualmente se generan mediante un proceso menos riguroso y su aplicación es limitada. Desde luego, los no estandarizados pueden irse robusteciendo hasta convertirse en pruebas estandarizadas.

Los instrumentos de recolección de datos empleados en la presente indagación, son:

En primer lugar, la prueba conocida como Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2), fue elaborada por David M. Garner en 1998.

Esta prueba está estandarizada para personas con una edad de 11 años en adelante. Para el proceso de normalización de dicha prueba se realizaron varios procesos de distintos grupos, tanto en individuos con bulimia y anorexia nerviosa, como en personas que no padecen estos trastornos.

La prueba cuenta con una confiabilidad de 0.83, calculada mediante el índice Alfa de Crobach, y validez de contenido, concurrente, de criterio y de constructo. Su estructura cuenta con once subescalas: Esta prueba cuenta con once escalas, las cuales son: obsesión por la delgadez (DT), bulimia (B), insatisfacción corporal (BD), ineficacia (I), perfeccionismo (P), desconfianza interpersonal (ID), conciencia interoceptiva (IA), miedo a la madurez (MF), ascetismo (A), impulsividad (IR) e inseguridad social (SI).

La variable autoestima se midió con el Test de Autoestima de Coopersmith, que consiste en una escala de auto-reporte en la cual el sujeto lee una sentencia declarativa y luego decide si la afirma o niega. Este inventario está referido a cuatro áreas: autoestima general, social, hogar y padres, escolar académica y una escala de mentira (Brinkmann y Segure; 1988). La aplicación del test ya

mencionado se utilizó para identificar el grado que posee cada sujeto y como se ve a sí mismo.

El instrumento está conformado por 58 reactivos, los cuales están diseñados para valorar el nivel de autoestima en el adolescente y jóvenes su aplicación puede ser grupal o individual según el propósito del investigador. (Brinkmann y Segure; 1988).

La prueba se divide en cinco subescalas:

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 alcanzan la preocupación de las ideas que los demás expresan para el sujeto.

3.- Autoestima escolar-académica; cuenta con 8 reactivos que 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.

3.2 población y muestra.

En el presente apartado se exponen las características de los sujetos que fueron considerados para la investigación.

3.2.1 Delimitación y descripción de la población

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

Las investigaciones deben situarse y describirse concretamente en cuanto las características generales, el nivel de estudios, la demarcación institucional, la edad, la cantidad de integrantes, nivel socio económico y la cultura.

La presente investigación se realizó en las instalaciones de la preparatoria J. Jesús Romero Flores, de Paracho, Michoacán, la cual cuenta con una población de 150 alumnos provenientes de la región y con un nivel socioeconómico medio, en los grados de segundo, cuarto y sexto semestre, secciones 1 y 2, en el turno vespertino, con edades de entre 15 y 18 años de edad, de ambos sexos, con o sin muestras de tener una baja auto estima o algún trastorno alimenticio.

3.2.2 Descripción del proceso de muestreo.

La muestra es, en esencia, un subgrupo de la población es un subconjunto de elementos que pertenecen dicho conjunto predefinido.

Para el presente caso se empleó una muestra intencional, la cual es aquella en la que los sujetos son seleccionados en función de las intenciones del investigador y con finalidades distintas a las de la generalización de resultados (Kerlinger, referido por Hernández y cols.; 2010).

Estas se pueden dar cuando dentro de una población escolar se elige como muestra a los integrantes de un grupo, un grado escolar o cualquier otra unidad que facilite la recolección de datos. La muestra del presente estudio estuvo conformada por 100 sujetos hombres y mujeres.

Esta investigación es no probabilística e intencional ya que las causas se relacionan con las características de los sujetos para obtener la muestra de estudio. Esta depende de causas relacionadas con las características de la investigación, el procedimiento no es mecánico ni con base en fórmulas de probabilidad, sino que depende del proceso de toma de decisiones de un investigador y desde luego, las muestras seleccionadas obedecen otros criterios. Elegir entre una muestra probabilística o una no probabilística depende de los objetivos de estudio, del esquema de investigación y de la contribución que piensa hacer con ella.

3.3 Descripción del proceso de investigación

Esta investigación surgió a partir de querer conocer con mayor detenimiento el nivel de autoestima y su relación con los factores que desencadenan un

trastorno alimentario, particularmente en la Escuela Preparatoria J. Jesús Romero Flores, de Paracho, Michoacán, porque esta escuela fue el lugar de estudio de la autora durante tres años. Los aspectos que se planearon en esta investigación fueron principalmente aportar ayuda a la escuela y a la psicología, aclarando las hipótesis planteadas. La escuela tuvo una actitud de abierta disposición desde el inicio; el día que se aplicaron las pruebas, los alumnos y docentes se mostraron dispuestos a corroborar en todo lo que se pudiera. Fue motivante recibir esa calurosa forma de corresponder al trabajo de la investigadora.

3.4 Análisis e interpretación de resultados

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

La presentación de los resultados se estructuró en tres categorías: la primera de ellas referida a la variable autoestima, la segunda a la variable de los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios y la tercera, a la correlación entre las variables examinadas.

3.4.1 La autoestima que se presenta en los alumnos de la Preparatoria J.

Jesús Romero Flores, de Paracho, Michoacán.

Se afirma que la autoestima es, según Montoya y Sol (2001), la capacidad o actitud interna con que el sujeto se relaciona consigo mismo y lo que hace que se perciba dentro del mundo, de una forma positiva o bien, con una orientación negativa, según el estado en el que se encuentre.

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

La media en el nivel de autoestima general fue de 51. La media aritmética es la suma de un conjunto de datos, dividida entre el número de medidas (Elorza; 2007).

De igual modo, se obtuvo la mediana, que es el valor medio de un conjunto de valores ordenado: el punto abajo y arriba del cual cae un número igual de medidas (Elorza; 2007). Este valor fue de 55.

De acuerdo con este mismo autor, la moda es la medida que ocurre con más frecuencia en un conjunto de observaciones (Elorza; 2007). En cuanto a esta escala, la moda fue de 55.

También se obtuvo el valor de una medida de dispersión, específicamente de la desviación estándar, la cual es la raíz cuadrada de la suma de las desviaciones al cuadrado de una población, dividida entre el total de las observaciones (Elorza; 2007). El valor obtenido en la escala de autoestima general es de 10.

Por otra parte, se obtuvo el puntaje de la subescala de autoestima social, encontrando una media de 53, una mediana de 56 y una moda representativa de 62. La desviación estándar fue de 9.

Asimismo, en la escala de autoestima escolar se encontró una media de 59, una mediana de 57 y una moda de 57. La desviación estándar fue de 13.

Adicionalmente, en la escala de autoestima en el hogar se obtuvo una media de 51, una mediana de 52 y una moda de 63. La desviación estándar se cuantificó en 13 puntos.

Finalmente, se obtuvo el puntaje de autoestima total, encontrándose una media de 53, una mediana de 54, una moda de 64 y una desviación estándar de 13.

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 obtenidos mediante la aplicación de los instrumentos, se puede interpretar que la mayoría de los sujetos presentan puntajes T dentro de un rango considerado como de autoestima normal. Las medidas de tendencia central muestran una tendencia ligeramente orientada hacia el piso de la sana autoestima.

Por lo que respecta a la desviación estándar, se puede decir que los valores obtenidos son más bien homogéneos, ya que se encuentran próximos a la media de los sujetos investigados.

Con el fin de mostrar un análisis más detallado, a continuación se presentan los porcentajes que obtuvieron puntajes bajos en cada subescala, es decir, por debajo de T40.

En la escala de autoestima general, el 11% de los sujetos se ubican por debajo del índice referido; en la subescala de autoestima social, el porcentaje de los sujetos es de 8%; mientras que en la de autoestima escolar es de 11%; el porcentaje en la subescala autoestima en el hogar es de 18%; finalmente, el porcentaje correspondiente a la autoestima total es de 15%. Estos resultados se aprecian de manera gráfica en el anexo 2.

Lo anterior quiere decir que los sujetos no tienen problemas con el nivel de autoestima que presentan, ya que los porcentajes tienden a estar dentro del rango normal: la mayoría de ellos presentan una autoestima que según sus puntajes, está por encima.

3.4.2. Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.

De acuerdo a lo señalado por la APA (2002), los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria. Para Belloch y cols. (1995), la anorexia nerviosa quiere decir falta de apetito, es un término habitual para designar un síntoma que aparece en muchos trastornos y enfermedades como la depresión.

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

- 1) En la escala de obsesión por la delgadez, se obtuvo una media de 55, una mediana de 49, una moda de 18 y una desviación estándar de 26.
- 2) Así mismo en la escala de bulimia se determinó una media de 55, una mediana de 47, una moda de 47 y una desviación estándar de 14.
- 3) En la escala de insatisfacción corporal cuantificó media de 55, una mediana de 56, una moda de 32 y una desviación estándar de 23.
- 4) En la escala de ineficacia verificó una media de 45, una mediana de 44, una moda de 18 y una desviación estándar de 22.
- 5) En la escala de perfeccionismo se logró una media de 64, una mediana de 68, una moda de 68 y una desviación estándar de 21.
- 6) En la escala de desconfianza interpersonal se obtuvo una media de 53, una mediana de 57, una moda de 57 y una desviación estándar de 23.
- 7) En la escala de conciencia interoceptiva se determinó una media de 49, una mediana de 50, una moda de 42 y una desviación estándar de 24.
- 8) En la escala de miedo a la madurez, se calculó una media de 53, una mediana de 56, una moda de 65 y una desviación estándar de 25.
- 9) En la escala de ascetismo se cuantificó una media de 49, una mediana de 48, una moda de 40 y una desviación estándar de 24.
- 10) En la escala de impulsividad se estableció una media de 50, una mediana de 46, una moda de 14 y una desviación estándar de 25.

11) En la escala de inseguridad social se obtuvo una media de 57, una mediana de 54, una moda de 45 y una desviación estándar de 20.

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

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

En la escala de obsesión por la delgadez, el 35% de los sujetos se encuentra por arriba del percentil 70; en la escala de bulimia, el porcentaje fue de 11%; en la de insatisfacción corporal, el 31%; en la de ineficacia, el 9% ; en la de perfeccionismo, el 31%; en la que respecta a la desconfianza interpersonal, 26%; en la de conciencia interoceptiva, 21%; respecto a la de miedo a la madurez, 24%; en la de ascetismo, 19%; en la de impulsividad, 22% y finalmente , en la escala de inseguridad social, el 19%.

Estos casos se pueden observar gráficamente en el anexo 4.

En función de los datos anteriores, se puede afirmar que los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en esta muestra, se encuentran debajo

de los estándares, esto quiere decir que no existe riesgo sustancial que desencadene algún trastorno alimentario.

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

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

En la investigación realizada en los alumnos de la Escuela Preparatoria J. Jesús Romero Flores, se encontraron los siguientes resultados:

Entre el nivel de autoestima y la escala obsesión por la delgadez, existe un coeficiente de correlación de -0.31, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson.

Esto significa que entre dichos atributos existe un coeficiente de correlación negativa débil, de acuerdo con la clasificación de correlación que establecen 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 (r^2), donde mediante un porcentaje se indica el grado en que las variables se encuentran correlacionadas. Para obtener esta varianza solamente se eleva al cuadrado el

coeficiente de correlación obtenido mediante la “r” de Pearson (Hernández y cols.; 2010).

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.10, lo que significa que entre la autoestima y la obsesión por la delgadez hay una relación del 10%.

Por otra parte, entre el nivel de autoestima y la escala de bulimia existe un coeficiente de correlación de -0.28 según la prueba de “r” de Pearson. Esto denota que entre la autoestima y la escala referida, existe una correlación negativa débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.08, lo que significa que entre la autoestima y la escala de bulimia hay una relación del 8%.

Por otra parte, entre el nivel de autoestima y la escala de insatisfacción corporal existe un coeficiente de correlación de -0.26, a partir de la prueba de “r” de Pearson. Esto implica que entre la autoestima y la escala en cuestión, existe una correlación negativa débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.07, lo que significa que entre la autoestima y la escala de insatisfacción corporal hay una relación del 7%.

Por otra parte, entre el nivel de autoestima y la escala de ineficacia existe un coeficiente de correlación de -0.39, de acuerdo con la prueba de “r” de

Pearson. Esto permite afirmar que estas características existe una correlación negativa media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.15, lo que significa que entre la autoestima y la escala de ineficacia hay una relación del 15%.

De igual manera, entre el nivel de autoestima y la escala de perfeccionismo existe un coeficiente de correlación de -0.11, obtenido con la prueba de “r” de Pearson. Esto permite inferir que entre la autoestima y la escala señalada, existe una correlación negativa débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.01, lo que significa que entre la autoestima y la escala de perfeccionismo hay una relación del 1%.

Adicionalmente, entre el nivel de autoestima y la escala de desconfianza interpersonal existe un coeficiente de correlación de -0.18, según la prueba de “r” de Pearson. Esto denota que entre dichos atributos existe una correlación negativa débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.03, lo que hace concluir que entre la autoestima y la escala de desconfianza interpersonal hay una relación del 3%.

Por otra parte, entre el nivel de autoestima y la escala de conciencia interoceptiva existe un coeficiente de correlación de -0.41, cuantificado con la prueba de "r" de Pearson. Esto denota que entre estas características existe una correlación negativa media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.17, lo que significa que entre la autoestima y la escala de conciencia interoceptiva existe una relación del 17%.

Además de lo anterior, entre el nivel de autoestima y la escala de miedo a la madurez existe un coeficiente de correlación de -0.22, obtenido con la prueba de "r" de Pearson. Esto permite afirmar que entre la autoestima y dicha escala existe una correlación negativa débil.

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

Por otra parte, entre el nivel de autoestima y la escala de ascetismo existe un coeficiente de correlación de -0.19, de acuerdo con la prueba de "r" de Pearson. Esto significa que entre la autoestima y esta escala existe una correlación negativa débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.04, lo que significa que entre la autoestima y la escala de ascetismo hay una relación del 4%.

En el mismo tenor, entre el nivel de autoestima y la escala de impulsividad existe un coeficiente de correlación de -0.36 a partir de la prueba de “r” de Pearson. Esto implica que entre la autoestima y la escala indicada existe una correlación negativa media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.13, lo que significa que entre la autoestima y la escala de impulsividad hay una relación del 13%.

Finalmente, entre el nivel de autoestima y la escala de inseguridad social existe un coeficiente de correlación de -0.39, cuantificado con la prueba de “r” de Pearson. Esto denota que entre la autoestima y dicha escala existe una correlación negativa media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.15, lo que significa que entre la autoestima y la escala de inseguridad social hay una relación del 15%.

Los resultados obtenidos en cuanto a los niveles de correlación entre la autoestima y las diferentes escalas, se muestran en el anexo 5.

En función de lo anterior, se puede aseverar que el nivel de autoestima se relaciona de forma significativa con las escalas de obsesión por la delgadez, ineficacia, conciencia interoceptiva, impulsividad e inseguridad social.

En contraparte, no se encontró relación significativa entre el nivel de autoestima y las escalas de bulimia, insatisfacción corporal, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, miedo a la madurez y ascetismo.

En función de los resultados presentados, se confirma la hipótesis de trabajo, la cual afirma que existe relación significativa entre el nivel de autoestima y los factores psicológicos de los trastornos alimentarios de los adolescentes de la Escuela Preparatoria J. Jesús Romero Flores, de Paracho, Michoacán, para las escalas de obsesión por la delgadez, ineficacia, conciencia interoceptiva, impulsividad e inseguridad social.

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

CONCLUSIONES

En la presente indagación se logró corroborar la correlación significativa entre la variable autoestima y los indicadores de los trastornos alimenticios. Por otra parte: la hipótesis nula se verificó en los siguientes casos: bulimia, insatisfacción corporal, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, miedo a la madurez y ascetismo

Los objetivos teóricos o conceptuales, referidos a la variable de autoestima, fueron cubiertos con suficiente amplitud y profundidad en el capítulo número uno. Es necesario resaltar que una definición que satisfizo las expectativas de la investigación, es aquella que según Montoya y Sol (2001), describe a la autoestima como una capacidad o actitud interna con que el sujeto se relaciona consigo mismo y lo que hace que se perciba dentro del mundo, de una forma positiva o negativa, según el estado en el que se encuentre.

Por otra parte, los objetivos particulares referidos a la naturaleza psicológica, causas y consecuencias de los trastornos alimentarios, fueron tratados de manera sistemática en el capítulo número dos. De acuerdo con lo señalado por la APA (2002), los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria; en el mismo sentido, para Belloch y cols. (1995) la anorexia nerviosa quiere decir falta de apetito; es un término

habitual para designar un síntoma que aparece en muchos trastornos y enfermedades como la depresión.

Adicionalmente, el objetivo de campo referido a la medición de la presencia de la autoestima en la muestra indagada, mediante instrumentos reconocidos por la comunidad científica, se cumplió en términos satisfactorios y de ello se da cuenta en el capítulo tres.

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

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

Como hallazgos relevantes, se puede mencionar que en la muestra de la cual se obtuvo la información analizada e interpretada, en cuanto al fenómeno de la autoestima, se encontraron niveles normales dentro de la subescala. En lo que refiere a la variable de trastornos alimentarios, se encontraron resultados bajos en cuanto a los niveles de riesgo.

Es fundamental observar que los resultados obtenidos por la investigadora, se refieren exclusivamente a la muestra examinada, es decir, para conocer la

presencia de las variables mencionadas en otros sujetos de la misma población, pero no incluidos en el presente ejercicio, es necesario efectuar investigaciones adicionales.

El presente estudio, con sus resultados de campo, contribuye al avance de la ciencia psicológica, en el sentido que concuerda con la literatura psicológica, la cual establece que hay una relación entre la variable autoestima y trastornos alimenticios, lo que significa que a mayor nivel de autoestima, menores son los factores de los trastornos alimentarios.

Se sugiere a la institución determinar un plan de intervención para prevenir situaciones de correlación de más del 10%, las cuales se consideran de riesgo, estas son en las escalas de obsesión por la delgadez, ineficacia, conciencia interoceptiva, impulsividad e inseguridad social.

BIBLIOGRAFÍA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Garner, David M. (1998)
Inventario de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2).
TEA Ediciones. Madrid.
- Hernández Sampieri, Roberto; Fernández-Collado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar.
(2010).
Metodología de la investigación.
Editorial McGraw-Hill. México.
- Jarne, Adolfo; Talarn, Antoni. (2000)
Manual de psicopatología clínica.
Editorial Paidós Ibérica. Buenos Aires.
- Montoya, Miguel Ángel; Sol, Carmen Elena. (2001)
Estrategias para vivir mejor con técnicas de PNL y desarrollo humano.
Editorial Pax México. Distrito Federal, México.
- Ogden, Jane. (2005)
Psicología de la alimentación.
Ediciones Morata. España.
- Rausch Herscovici, Cecile. (1996)
La esclavitud de las dietas.
Editorial Paidós. Argentina.
- Rausch Herscovici, Cecile. (1997)
Anorexia y bulimia: amenazas a la autonomía.
Editorial Paidós. Argentina.
- Woolfolk, Anita. (2006)
Psicología educativa.
Editorial Pearson. 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>

De la Hoz Pérez, Susana Ivonne. (2014)

“Evaluación de la autoestima”.

Red Maestros de Maestros.

http://www.rmm.cl/index_sub.php?id_contenido=18371&id_seccion=10584&id_portaal=1908

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>.

“Test de Autoestima de Rosenberg”

Psicólogo especialista Barcelona

http://psicologo-especialista-barcelona.com/test/test_de_autoestima.html

Thomas, Ulises. (2011)

“TAE- Bateria de Test de Autoestima Escolar”.

El Psicoasesor.

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

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

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

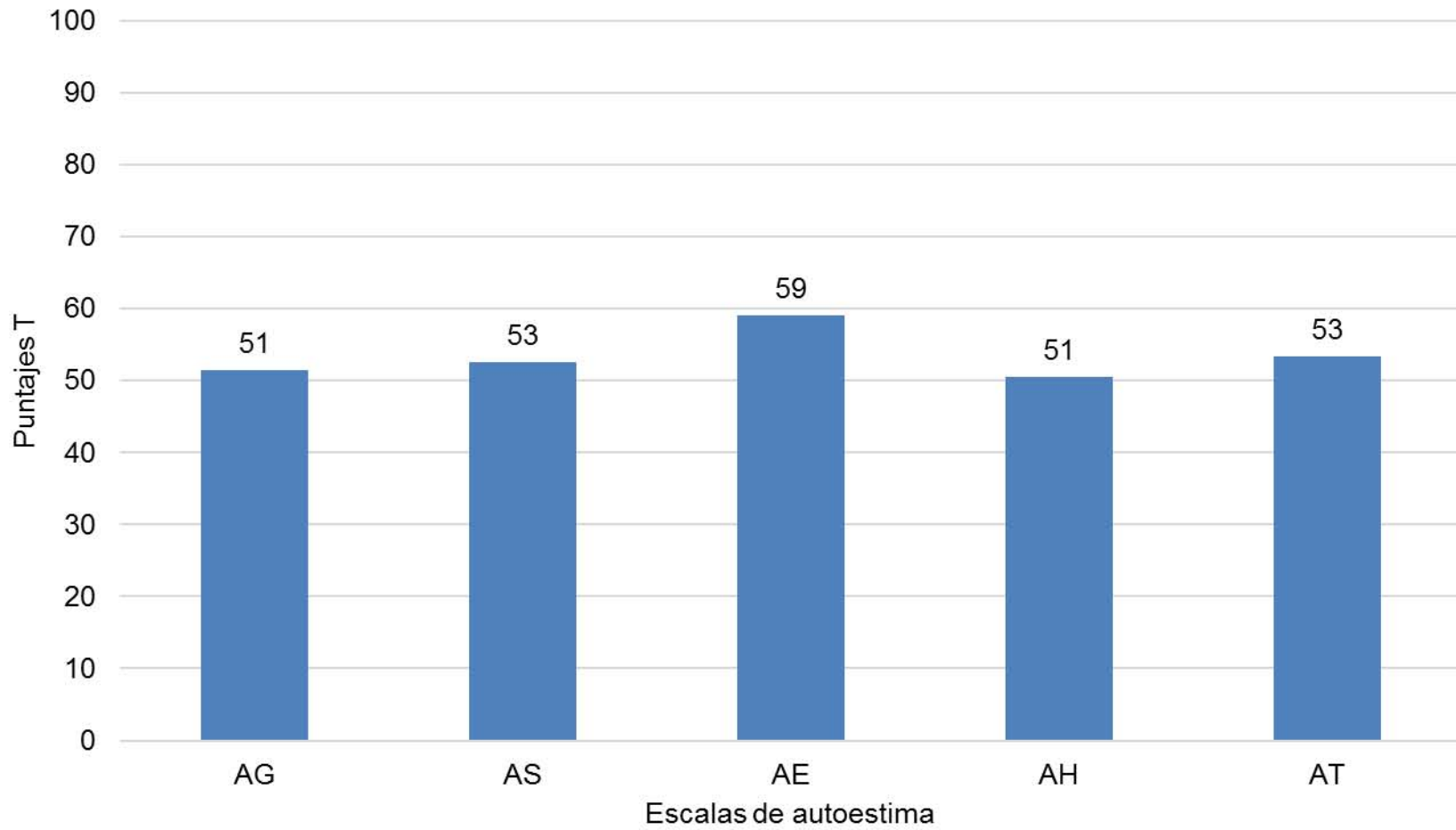
OEI-Revista Iberoamericana de Educación (ISSN: 1681-5653).

Universidad de Castilla-La Mancha, España.

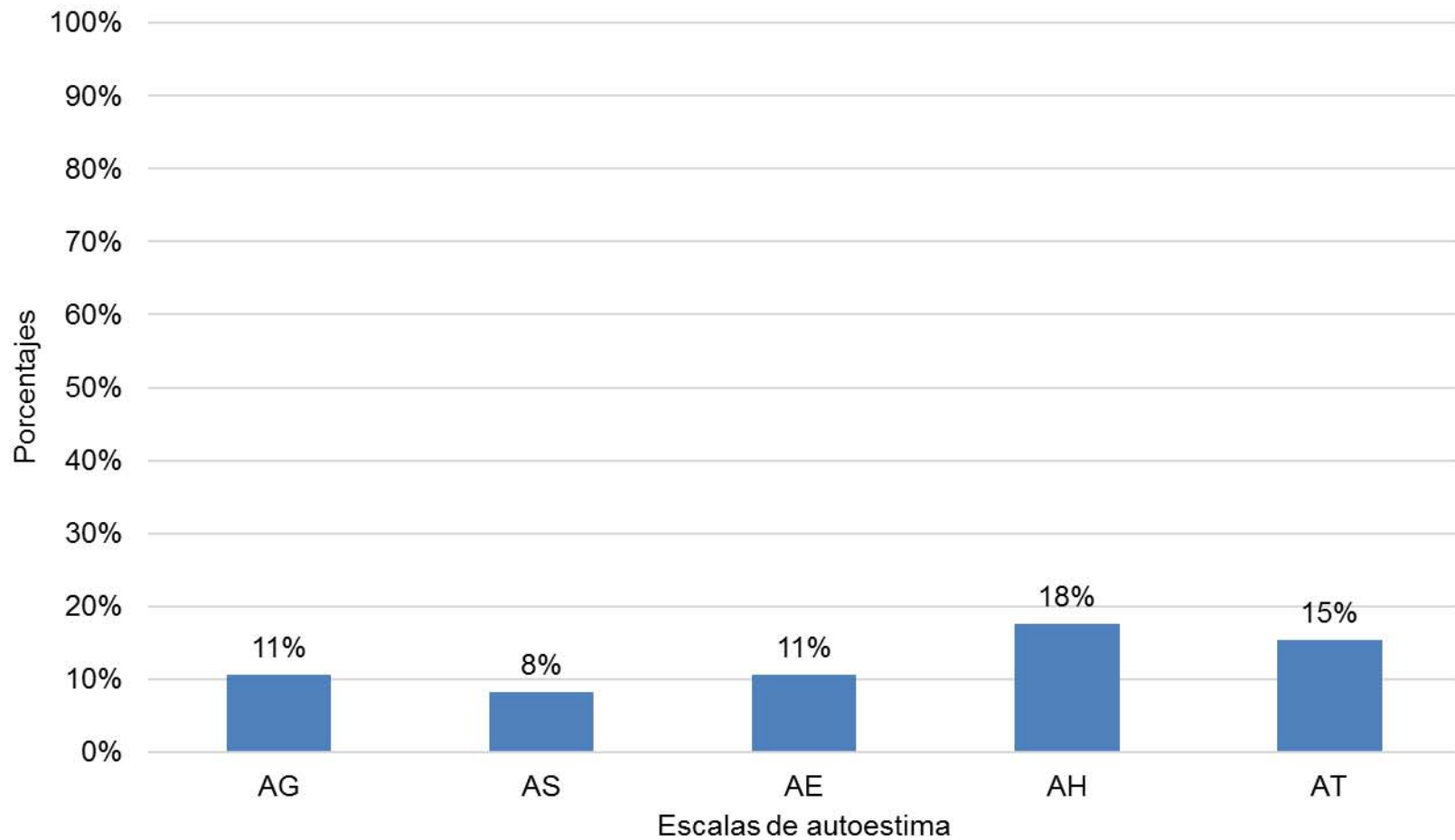
<http://www.rieoei.org/deloslectores/343Zagalaz.pdf>

ANEXO 1

Media aritmética de los puntajes de las escalas de autoestima

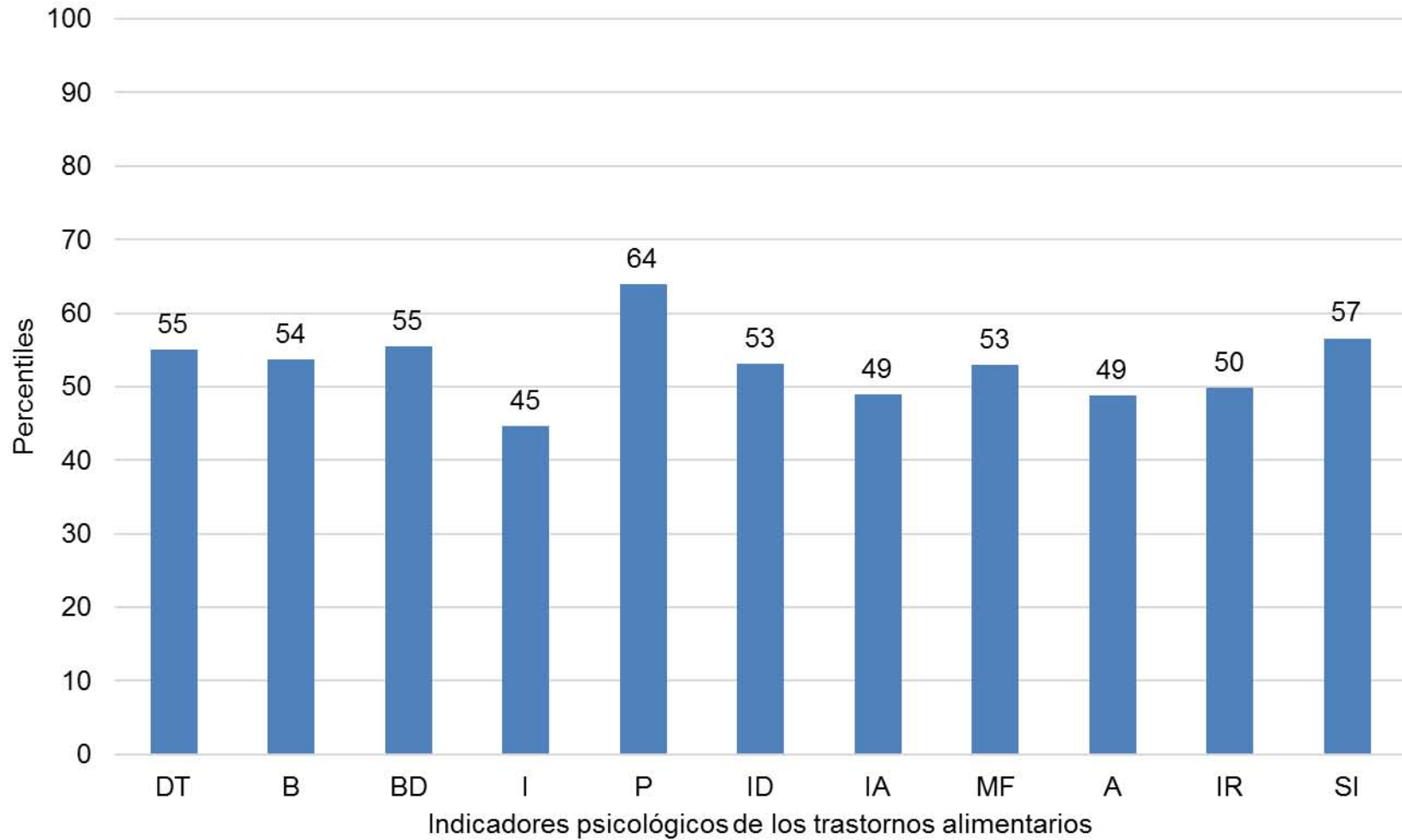


ANEXO 2
Porcentajes de sujetos con puntajes bajos en las escalas de autoestima



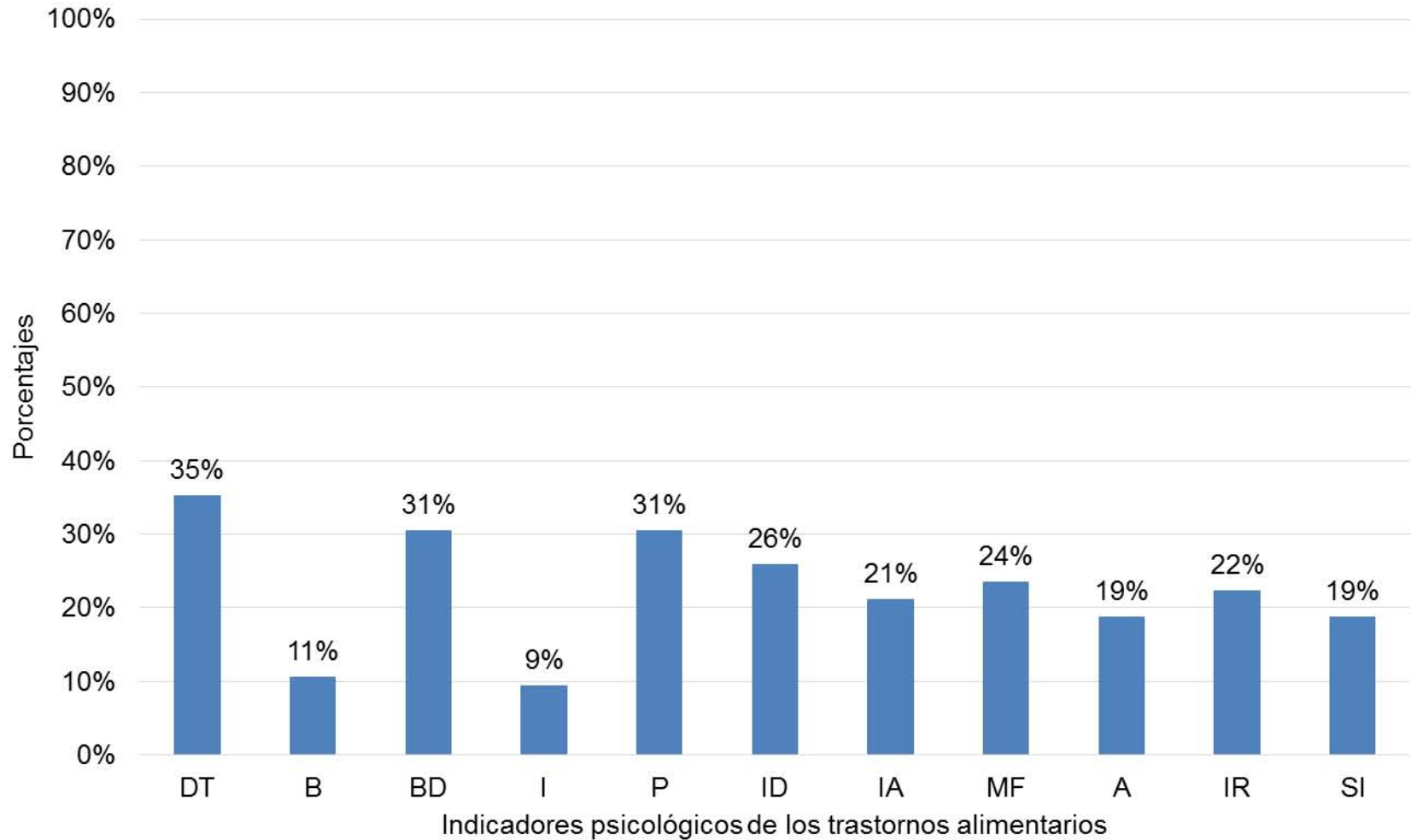
ANEXO 3

Media aritmética de los puntajes de las escalas de indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios



ANEXO 4

Porcentajes de sujetos con puntajes altos en los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios



ANEXO 5

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

