



UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

INCORPORACIÓN NO. 8727-25 A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE AUTOESTIMA Y LOS
TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN ALUMNOS DE PREPARATORIA
DE URUAPAN, MICHOACÁN**

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Yasodhara Belén Arteaga Herrera

Asesora: Lic. Leticia Espinosa García

Uruapan, Michoacán, 20 de marzo de 2014.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

Introducción.

Antecedentes	1
Planteamiento del problema	5
Objetivos	6
Hipótesis	7
Operacionalización de las variables	8
Justificación	8
Marco de referencia	10

Capítulo 1. Autoestima.

1.1 Conceptualización de la autoestima	12
1.2 Importancia de la autoestima	13
1.3 Origen y desarrollo de la autoestima	15
1.4 Componentes de la autoestima	19
1.5 Características de la autoestima	20
1.6 Pilares de la autoestima	23
1.7 Medición de la autoestima	29

Capítulo 2. Trastornos alimentarios.

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

2.2.2 Bulimia nerviosa	39
2.2.3 Obesidad	41
2.2.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas	42
2.2.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas	42
2.2.6 Trastorno por atracón	43
2.2.7 Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia	43
2.3 Esfera oroalimenticia en el infante	46
2.3.1 Organización oroalimenticia	47
2.3.2 Alteraciones en la esfera oroalimenticia	48
2.4 Perfil de la persona con trastornos de alimentación	50
2.5 Causas del trastorno alimenticio	52
2.5.1 Factores predisponentes individuales	53
2.5.2 Factores predisponentes familiares	56
2.5.3 Factores socioculturales	57
2.6 Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio	59
2.7 Factores que mantienen los trastornos alimenticios	63
2.8 Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios	65
2.9 Tratamiento de los trastornos alimenticios	68

Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados.

3.1 Descripción metodológica	72
3.1.1 Enfoque cuantitativo	72
3.1.2 Investigación no experimental	74
3.1.3 Diseño transversal	75

3.1.4 Alcance correlacional	75
3.1.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	76
3.2 Descripción de la población y muestra	80
3.2.1 Delimitación y descripción de la población	80
3.2.2 Descripción del proceso de muestreo	81
3.3 Descripción del proceso de investigación	81
3.4 Análisis e interpretación de resultados	84
3.4.1 El nivel de autoestima en los alumnos de la EPLER	84
3.4.2 Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos de la EPLER.	87
3.4.3 Relación entre el nivel de autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.	90
Conclusiones	95
Bibliografía	97
Mesografía	100
Anexos.	

INTRODUCCIÓN

En esta indagación se analiza la relación entre el nivel de autoestima y los trastornos alimentarios en alumnos de una escuela pública de nivel bachillerato, de Uruapan, Michoacán. Por ello, se muestran enseguida los elementos necesarios para dar al lector un panorama inicial.

Antecedentes

En el presente estudio se abordan dos variables relevantes en el campo de la psicología, las cuales son: autoestima y trastornos alimentarios. Para su mayor comprensión, serán definidas enseguida.

En cuanto a la autoestima, Branden (2011) la define como la confianza que se deposita en la propia capacidad de pensar, de abordar los desafíos primordiales de la vida, de triunfar y ser felices; el sentimiento de ser respetados, de ser merecedores, y de poder afirmar las necesidades y carencias, el logro de los principios morales y disfrutar del resultado de los esfuerzos propios.

Según Toro y Vilardell (citados por Zagalaz, y cols.; 2002: 2) “los trastornos de la alimentación son desórdenes del comer, de la ingesta y de la conducta alimentaria. Los trastornos más importantes, por la gravedad que presentan, son la anorexia y la bulimia nerviosa”.

La palabra anorexia (del vocablo griego *anorektous*) se ha definido desde su origen como sinónimo de falta de apetito, aunque después se ha señalado que en esta enfermedad no se presenta dicha carencia, sino que es una resistencia a comer para no engordar. Por tanto, “se refiere a un trastorno tanto social como psicológico y biológico de creciente aumento” (Toro y Vilardell, citados por Zagalaz y cols.; 2002: 2).

De acuerdo con Jarne y Talarn (2000), la bulimia nerviosa se caracteriza por episodios de ingesta descontrolada, seguidos por maniobras para eliminar las calorías consumidas. Entre los sucesos bulímicos, la alimentación puede ser anormal; puede estar limitada o en constante periodo de grandes ingestas y vómitos.

Desde el pasado hasta la actualidad, se han realizado diversas investigaciones en las que se han estudiado tanto a la autoestima como a los trastornos alimentarios. Enseguida se hará mención de algunos de esos estudios.

García (2012) llevó a cabo un estudio acerca del nivel de autoestima en los estudiantes obesos de educación media, caso Escuela Secundaria Federal N° 2, de Uruapan, Michoacán. Utilizó un enfoque cuantitativo, no experimental, de extensión transversal y de alcance descriptivo. Para la obtención de datos, en primer lugar utilizó como técnica el método de Índice de Masa Corporal de Korbman (2007), en segundo lugar aplicó la Prueba de Autoestima Juvenil (PAJ) de Benítez y García (2008) y por último, usó una encuesta.

Para la muestra, seleccionó 45 alumnos que presentaron un IMC igual o mayor a 30. Como resultado se encontró que el 65% de la muestra calificó con autoestima baja, el 33% con autoestima normal y el 2% con autoestima alta. Por lo que se corroboró que las actitudes de baja autoestima se presentaron en los alumnos que padecen de este trastorno alimenticio llamado obesidad.

Rangel (2011) realizó una tesis llamada “El estrés y su relación con los factores psicológicos asociados a los trastornos alimenticios en adolescentes”, en la Universidad Don Vasco A.C. de Uruapan, Michoacán. Utilizó un enfoque cuantitativo, de tipo no experimental, transversal con un alcance correlacional.

La muestra fue de 100 alumnos del Instituto Juan de San Miguel, A.C., del nivel de secundaria, de la ciudad de Uruapan, Michoacán. Los instrumentos utilizados para la recolección de datos fueron: la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños – Revisada (CMAS-R), diseñada por los autores Reynolds y Richmond (1997) para la variable estrés; mientras que para medir los trastornos alimenticios se utilizó el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2), de Garner (1998).

Una vez obtenidos los resultados de la investigación, se concluyó que sí existe correlación significativa entre el nivel de estrés y las escalas de insatisfacción corporal.

La siguiente investigación muestra una relación entre ambas variables. Moreno y Ortiz (2009) realizaron un estudio sobre el trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes, con el apoyo de la Universidad

Veracruzana de México. Tomaron una muestra de 298 adolescentes, alumnos de secundaria, de los cuales 153 eran mujeres y 145 hombres, entre los 12 y 14 años de edad. Para la recolección de datos se elaboró un cuestionario de datos generales, adicionalmente, se registró la talla y el peso para obtener el índice de masa corporal (IMC); además, se utilizó el Test de Actitudes Alimentarias (EAT) de Garner y Garfinkel (1979), otra escala que utilizaron fue el Cuestionario de la Figura Corporal (BSQ) de Cooper (1987) y por último, el Cuestionario de Evaluación de la Autoestima para Alumnos de Enseñanza Secundaria (CEA) de García (1998).

Se encontró, al evaluar la relación entre los trastornos alimentarios, la imagen corporal y la autoestima de los adolescentes, que las mujeres tienen mayor tendencia hacia este tipo de trastornos que los hombres, aunque ellos también presentan el riesgo. Ambos sexos presentaron baja autoestima y se encuentran insatisfechos con su imagen corporal, lo que los puede llevar a realizar conductas para bajar de peso. De esta manera, se muestran algunas de las investigaciones que se han realizado sobre la autoestima y los trastornos alimentarios, para respaldar la factibilidad del presente estudio.

Según el personal de la Escuela Preparatoria Licenciado Eduardo Ruiz (EPLER), en el último año se ha intensificado tanto la presencia de trastornos de alimentación en los alumnos de la preparatoria, como los problemas relacionados con la autoestima; por lo anterior, maestros y directivos han manifestado preocupación respecto al tema.

Con el presente estudio se pretende ayudar en el entendimiento de la problemática y por lo tanto, elevar el nivel de autoestima en los adolescentes.

Planteamiento del problema

En la actualidad, es frecuente encontrar problemas relacionados a la autoestima, y son pocos los investigadores que se han dado a la tarea de estudiarla. Se considera que el entorno en el que crece una persona es determinante para el desarrollo de su autoestima, por lo tanto, si el ambiente ofrece aceptación y amor, se puede tener una autoestima sana; pero si se encuentra rechazo y hostilidad, la autoestima puede sufrir un deterioro.

En cuanto a los trastornos alimentarios, se ha visto que la problemática ha ido en aumento, por lo que resulta relevante encontrar una solución. Se han observado distintos factores como los psicológicos, sociales, culturales, físicos y familiares, que pudieran ser influyentes para presentar un trastorno en la alimentación, debido a las exigencias cada vez mayores que presenta la sociedad en este tiempo.

Es necesario conocer la relación entre la autoestima y los trastornos alimentarios, porque la satisfacción interna que se tiene de sí mismo se refleja en el exterior.

En la Escuela Preparatoria Licenciado Eduardo Ruiz, no se ha realizado ninguna tesis que trate este tema, y algunos maestros reportan que han escuchado a alumnos que mencionan llegar a la escuela en ayunas, o que dejan de comer alimentos con grasa, para mantener una imagen esbelta. Debido a lo anterior, se resalta la importancia de realizar este estudio con los alumnos de la EPLER, porque se encuentran en una etapa en la que la apariencia física es su principal preocupación.

A partir de estas aseveraciones surge la siguiente pregunta de investigación:
¿Existe relación entre el nivel de autoestima y la presencia de indicadores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios en los alumnos de la Escuela Preparatoria Licenciado Eduardo Ruiz, de la ciudad de Uruapan, Michoacán en el ciclo escolar 2013-2014?

Objetivos

En este apartado se presentan los fines que se persiguen con la investigación, plasmando su intencionalidad.

Objetivo general

Establecer la relación que existe entre el nivel de autoestima y los trastornos alimentarios en los alumnos de la EPLER de Uruapan, Michoacán.

Objetivos particulares

1. Definir el concepto de autoestima.
2. Determinar los factores que influyen en la autoestima.
3. Analizar las principales aportaciones teóricas de la autoestima.
4. Definir el concepto de trastornos alimentarios.
5. Determinar los factores que influyen en los trastornos alimentarios.
6. Analizar las principales aportaciones teóricas que explican los trastornos alimentarios.
7. Medir el nivel de autoestima en los alumnos de la EPLER.
8. Evaluar la presencia de trastornos alimentarios en los alumnos de la EPLER.

Hipótesis

Las hipótesis son “proposiciones tentativas sobre la o las posibles relaciones entre dos o más variables” (Hernández y cols.; 2010: 96). Las empleadas en el presente estudio, se enuncian enseguida.

Hipótesis de trabajo

Existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de autoestima y los trastornos alimentarios en los alumnos de la EPLER de Uruapan, Michoacán.

Hipótesis nula

No existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de autoestima y los trastornos alimentarios en los alumnos de la EPLER de Uruapan, Michoacán.

Operacionalización de las variables

Para la autoestima se tomó como indicador de la presencia de esta variable, el puntaje normalizado que arroje la administración del test psicométrico denominado Inventario de Autoestima, del autor Stanley Coopersmith. Esta prueba psicométrica posee los estándares de validez y confiabilidad exigidos por la comunidad científica de la psicología.

En cuanto a los trastornos alimenticios, se retomaron los resultados obtenidos del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) del autor David M. Garner (1998), que mide los indicadores psicológicos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria, mediante 11 escalas. Los resultados se presentan en percentiles.

Justificación

En este apartado se señalan las razones que enfatizan la relevancia del estudio.

La presente investigación beneficiará directamente a los alumnos evaluados, debido a que conocerán el nivel de autoestima que presentan, así como los orígenes

de la misma, y en qué medida dicha variable tiene correlación con los trastornos de alimentación.

La escuela también se verá beneficiada al conocer los resultados de la investigación, ya que podrá plantear diferentes estrategias que le permitan mejorar el nivel de salud mental en la comunidad estudiantil.

Es importante destacar que los estudiantes y la preparatoria no serán los únicos beneficiados con este estudio, ya que al mejorar la calidad de vida de los alumnos, se verá beneficiado también su entorno familiar, escolar y social.

Es relevante subrayar que fue una psicóloga quien llevó a cabo la investigación, ya que para tratar temas relacionados con el nivel de autoestima y su relación con los trastornos alimentarios, se necesita un profesional experto en el campo de la conducta.

Por último se mencionará que nunca se ha realizado en la Escuela Preparatoria Licenciado Eduardo Ruiz un estudio de esta índole, por lo cual el presente pretende llenar el vacío existente alrededor del tema.

Marco de referencia

La presente investigación se llevó a cabo en la Escuela Preparatoria Licenciado Eduardo Ruiz (EPLER), perteneciente a la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (UMSNH). Se encuentra ubicada en la Avenida Lázaro Cárdenas #921, Colonia Revolución, C.P. 60150, en Uruapan, Michoacán.

Es una institución pública, que fue fundada en marzo de 1963, por lo que tiene 50 años prestando su servicio. Atiende a estudiantes de las zonas urbana y rural. La población actual es de 1340 alumnos, para cuya atención se cuenta con 120 docentes considerando a los activos, interinos, administrativos y jubilados. Las profesiones de los docentes son: abogados, médicos, ingenieros, psicólogos, pedagogos, químicos, biólogos, físicos, administradores, normalistas, historiadores y maestros de educación física.

La infraestructura del lugar cuenta con dos edificios para los salones de clase, así como laboratorios de química, de física, de biología y de computación. Cinco canchas deportivas: dos de basquetbol, dos de voleibol y una de fútbol, más una pista de atletismo. Dispone de siete áreas verdes, la dirección, una sala de maestros, una oficina para el auxiliar de funcionario, control escolar y tesorería.

A continuación se mencionan la misión, la visión y la justificación de la EPLER; cabe señalar que la información fue proporcionada por personal administrativo de dicho centro de estudios.

La misión radica en dar cabida a los jóvenes egresados de la educación básica, para proporcionarles las herramientas y habilidades necesarias que les permitan

acceder a la educación superior, todo ello a través de una educación laica, gratuita y que fomente en el educando un espíritu de alta crítica y superación.

Asimismo, se busca realizar actividades culturales que permitan a la institución proyectarse ante la sociedad de manera positiva.

La visión consiste en ser la mejor institución de educación media superior de Uruapan, satisfaciendo la demanda de manera adecuada, impartiendo educación de calidad y vinculándose de manera permanente con la sociedad a través de actividades continuas de extensión.

La justificación de este plantel se basa en proporcionar una educación de calidad gratuita y humanista a los jóvenes de escasos recursos, de modo que sean capaces de afrontar la educación superior, además, esta escuela es una de las preparatorias descentralizadas de la Universidad, de manera que proporciona una importancia geográfica fundamental para los estudiantes de la región.

Para la presente investigación, se tomó una muestra de 100 alumnos de primer semestre, del turno vespertino.

CAPÍTULO 1

AUTOESTIMA

Para el presente capítulo es necesario iniciar con una definición clara del concepto autoestima, para después enfatizar su importancia, continuando con su origen y desarrollo, también es fundamental mencionar sus componentes y características, y por otro lado, explicar sus pilares, para finalizar con los procedimientos para su medición.

1.1 Conceptualización de la autoestima

Según Alcántara (1990), la autoestima es la actitud que se tiene de sí mismo, hacia la propia forma de pensar, de amar, sentir y comportarse. Es la tendencia permanente con la cual se enfrenta el individuo consigo mismo. Es el sistema principal que organiza las experiencias, refiriéndolas a la conciencia.

Para Carrión (2007), la autoestima es la evaluación y el aprecio que se tiene de la autoimagen, las cualidades y circunstancias de las cuales se está consciente de poseer. Además, guarda relación con el autoconcepto y esto se refiere a los conocimientos y sentimientos que el individuo refleja hacia sí mismo.

Branden (2010) define a la autoestima como la habilidad del ser humano para darse cuenta de que capaz de enfrentar cualquier situación que se le presente durante su vida y que es digno de ser feliz.

Coopersmith definió en 1967 a la autoestima como “la evaluación que hace y mantiene habitualmente la persona con respecto a sí misma; expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica el grado en que el individuo se cree capaz, destacado, con éxito y valioso. En resumen, la autoestima es un juicio personal sobre la valía que se expresa en las actitudes que el individuo manifiesta hacia sí” (Crozier; 2001: 205).

1.2 Importancia de la autoestima

Según Alcántara (1990), la autoestima del alumno o de cualquier persona es importante porque condiciona el aprendizaje, dispone la fuerza requerida para superar cualquier obstáculo, fundamenta la responsabilidad para llevar a cabo los compromisos que se le presentan, apoya la creatividad, determina la independencia personal, posibilita relaciones sociales positivas, proyecta aspiraciones y expectativas altas de realización futura, y constituye el núcleo central de la personalidad.

De acuerdo con Branden (2010), de todos los juicios que se hacen en la vida, el más importante es el de cómo se juzga un individuo a sí mismo. Ese discernimiento influye en cada situación y aspecto de su vida. La autovaloración es el panorama primordial en el que actúa y reacciona, elige los valores, los objetivos y se enfrenta a

los retos que se le presentan. La manera de reaccionar a los acontecimientos depende de la idea de quién es y quién cree que es, en otros términos, la autoestima.

Las personas necesitan creer en ellas, para amarse y ser amadas, respetarse, gustarse y disfrutar de la vida. Porque solamente de esta manera pueden experimentar la alegría de ser ellas mismas.

Branden (2010) también menciona que la autoestima es necesaria para el ser humano porque es importante para la supervivencia. Una autoestima positiva proporciona las herramientas necesarias para ser fuerte ante los problemas de la vida.

Branden (2008) estudió dos aspectos de la autoestima que son inseparables para la psicología humana: el primero es la confianza en sí mismo y el segundo es el respeto personal. La confianza en sí mismo es confiar en la mente, en la capacidad que esta tiene como instrumento de aprendizaje; también ofrece la certeza para pensar, juzgar, enmendar los propios errores y mantener un contacto con la realidad, hasta donde alcance la voluntad. El respeto personal es necesario para actuar con la intención de obtener ciertos valores y para ello, es indispensable que el hombre reconozca su dignidad. La valoración que la persona hace de sí misma se refleja en su pensamiento, en sus emociones, sentimientos, decisiones y objetivos, es decir, tiene una influencia radical en el rumbo de su vida.

Para Montoya y Sol (2001), la importancia de la autoestima se encuentra en que es el camino que dirige cada una de las áreas de la vida. Si se está contento con sí

mismo, es más fácil encontrar la felicidad, ya que se encuentra dentro de cada persona, no fuera.

1.3 Origen y desarrollo de la autoestima

Alcántara (1990) señala que la autoestima no es innata, es adquirida porque constituye el resultado de la historia de vida de una persona. Es la consecuencia de acciones y pasiones que se van arraigando durante el transcurso del tiempo. El aprendizaje de la autoestima es modelado a partir de ambientes familiares, sociales y educativos.

La familia es la primera responsable de la configuración de la autoestima, por lo que resulta importante el cuadro de conductas que presenta para el sano desarrollo de una autoimagen positiva de una persona. Los padres proyectan su autoestima ante sus hijos y estos imitan ese tipo de comportamiento.

Es importante para un niño que sus padres le demuestren afecto con palabras y caricias, ya que estos detalles le brindan seguridad y valía al pequeño, así como hacerlo sentir que es un miembro importante de la familia; esto se logra al escucharlo, recompensarlo a partir de algún esfuerzo, corregirlo con amor, ser paciente en su crecimiento y otorgarle tareas que estén a su alcance (Alcántara; 1990).

Branden (2008) sugiere que el ambiente en el que se desenvuelve el ser humano es determinante para la instauración de su autoestima. También comenta que

no hay una investigación que asegure que la forma de crianza de los padres hacia sus hijos, por sana que sea, tenga un resultado inevitable.

El niño puede concebir el mundo como un lugar amenazador, en su búsqueda por tratar de entenderlo; cuando las acciones de los adultos que lo rodean le parecen contradictorias, él trata de comprender la conducta de las personas cercanas a él, pero cuando deja de intentar este entendimiento, acepta que hay algo en él que no funciona correctamente y siente que tiene la culpa. Cuando sucede esto, el niño está renunciando a la posibilidad de conseguir una plena autoestima; de lo contrario, cuando el niño no abandona esta voluntad de comprender, está salvando su valía personal.

Hay otras razones por las cuales una persona joven puede dañar su autoestima, y estas se derivan de la falta de confianza cognitiva, lo que puede crear una idea cada vez mayor que se extiende a cada una de las áreas de su vida. Por tanto, la condición necesaria para llegar a poseer autoestima, es la de mantener la voluntad de comprensión de cada aspecto de la vida (Branden; 2008).

Otra condición básica para conseguir y mantener la autoestima, es la de aprender a distinguir entre conocimientos y sentimientos, es decir, reconocer que las emociones son efímeras y que las decisiones que se tomen en ese momento deben ser analizadas por la razón, ya que una decisión tomada a partir del deseo puede traicionar la eficacia de la conciencia.

Para Carrión (2007), la autoestima se va configurando desde los primeros días de vida de un bebé. El trato que va recibiendo de las personas, del lugar, del ambiente en general, va construyendo la parte inicial de su personalidad.

Es importante que los padres no desatiendan a sus hijos mayores por la llegada de un hermanito, ya que los niños realizarán cualquier tipo de conducta para volver a tener la atención de sus papás, además, la autoimagen de los menores puede verse distorsionada hasta la edad adulta, con mecanismos de compensación que les ayuden a llenar vacíos en su esencia.

Por otro lado, Clark y cols. (2000) relatan que la autoestima se va adquiriendo gradualmente durante la vida, iniciando desde la infancia y pasando por diversas etapas del crecimiento, que aportan distintas impresiones y sentimientos que fortalecen o debilitan la valía personal.

Cuando el lactante recibe una atención especial por parte de sus tutores, experimenta una sensación de bienestar al percibir un ambiente cálido donde son satisfechas sus necesidades físicas básicas, como la alimentación, el abrigo o cuando lo cambian por estar mojado. Le sucede lo contrario cuando crece en un ambiente donde es rechazado, maltratado y la atención que le brindan es insuficiente.

En las primeras etapas de vida, es significativa la relación que el niño establece, principalmente con la madre, para su apreciación del yo. El padre, hermanos o demás parientes influyen en la medida en que frecuenten al niño.

Pasando los primeros años de vida, el niño amplía su conocimiento del mundo fuera de su familia; inicia nuevas relaciones con niños de su edad, parientes, vecinos y, más tarde, con profesores y compañeros de escuela. Las experiencias que viva con todos ellos se van agregando al concepto del yo. Durante esta etapa va madurando su capacidad mental y perceptiva y es a partir de este momento donde ya adquiere cierta capacidad para evaluar las relaciones hacia su persona antes de admitirlas como propias (Clark y cols.; 2000).

El periodo de la adolescencia es de los más decisivos para el desarrollo de la autoestima. Es el tiempo donde la persona experimenta cambios físicos importantes para su capacidad reproductiva. Dichos cambios pueden confundir a los adolescentes, porque viven un duelo en el que tienen que abandonar su cuerpo y rol de niños para pasar al de adultos; es en esta etapa donde el individuo necesita consolidarse de una nueva y firme identidad, que surge a partir de una reorganización minuciosa de su manera de valorarse con el resultante cambio en su autoestima.

1.4 Componentes de la autoestima

Alcántara (1990) indica tres componentes de la autoestima, que son: el cognitivo, afectivo y conductual. A continuación se expone cada uno.

- El cognitivo se refiere a las ideas, opiniones, creencias, percepciones y procesamiento de la información que el sujeto guarda de sí mismo en cuanto a su personalidad y manera de actuar.
- El afectivo indica los sentimientos que la persona expresa consigo misma, que pueden ser de amor, respeto, admiración, agrado o los contrarios.
- El conductual es la tercera dimensión integral de la autoestima, que brinda la fuerza, la intención y la decisión para actuar de manera congruente con lo que el sujeto es y espera de los demás.

Por otra parte Branden, en 1994, sugirió dos componentes de dicha variable: el primero consiste en considerarse eficaces, es decir, confiar en la capacidad propia para pensar, aprender, elegir y tomar decisiones acertadas y, por consecuencia, vencer cualquier prueba y generar cambios. El segundo componente subraya la importancia del respeto hacia sí mismo, o la seguridad por el derecho a ser feliz y, por resultado, la confianza en que las personas son merecedoras del éxito, el cariño y la realización que se presenten en sus vidas (citado por Branden; 2008).

Carrión (2007) también presenta a la eficacia personal y al respeto a sí mismo como componentes indispensables para la evolución de la autoestima. A la eficacia personal, la define como la confianza que se adquiere a partir de las experiencias con el funcionamiento correcto de los procesos mentales, así como la capacidad de ver los hechos de manera realista. El respeto a sí mismo es el cuidado y consideración que

se tiene hacia la propia persona, es el actuar de manera positiva en favor de la correcta autoestima y valoración.

1.5 Características de la autoestima

La autoestima alta se identifica en una persona, con las siguientes características (Branden; 2011):

- Proyecta la alegría y el bienestar de poder disfrutar la vida, aun con sus altibajos.
- Expresa la tranquilidad al hablar de los logros o de los defectos con una actitud honesta, pues se encuentra en una relación amable con los hechos.
- Se presenta en la comodidad de dar y recibir halagos, en las muestras de afecto, en el cariño y en situaciones similares.
- Acepta la crítica y el reconocimiento de los errores, porque la autoestima no se encuentra atada a la imagen de la perfección.
- Las palabras y los movimientos se reflejan en la tranquilidad y espontaneidad de una persona que no está en guerra consigo misma.
- Hay curiosidad ante nuevas ideas, experiencias, aprendizajes y nuevas posibilidades de vida.
- Manejo correcto de sentimientos de ansiedad e inseguridad, si llegan a aparecer.
- Flexibilidad al responder a situaciones y desafíos.

- Capacidad para conservar el equilibrio emocional y la dignidad ante el estrés.
- Postura corporal relajada.
- Voz modulada.

Branden (2011) agrega los siguientes indicadores para identificar la autoestima baja:

- Tendencia a dar poco valor o sobreestimar las capacidades personales.
- Desvalorización de las propias ideas.
- Inseguridad.
- Falta de confianza en sí mismo.
- Rigidez frente a las situaciones nuevas y en general, ante la vida.
- Incapacidad para afrontar los cambios, lo que se traduce en la duda de sí mismo para reaccionar.
- Negación de los errores con actitud defensiva.
- Sentimientos de inadecuación y vergüenza.
- Desprecio hacia la propia persona y hacia los demás.

Según Clark y cols. (2000), un adolescente con autoestima tiende a presentar las siguientes conductas:

- Le agrada ser la persona que es.

- Es independiente, es decir, toma decisiones propias en torno a la vida.
- Asume la responsabilidad, actúa con rapidez y seguridad en sí mismo para realizar ciertas tareas o necesidades.
- Enfrenta retos con entusiasmo y tiene interés por las actividades desconocidas.
- Tolerante a la frustración.
- Tiene amplitud de emociones y sentimientos.
- Capacidad de influir en otras personas.
- Demuestra creatividad en lo que hace.

Por otra parte, un joven sin autoestima tiende a presentar el siguiente comportamiento (Clark y cols.; 2000):

- Imagen negativa de sí mismo.
- No se siente merecedor de talento, por lo tanto, tiene la creencia de que no sabe hacer las actividades.
- Tiene la idea de que nadie lo valora porque siente inseguridad ante el afecto o apoyo de los demás.
- Impotencia al tomar retos con la convicción de no poder superarlos.
- Se deja influenciar, por lo que cambia de comportamiento de manera frecuente, dependiendo de la gente con la que trate.
- Presenta carencia de emociones y sentimientos.
- Evade situaciones que le provoquen ansiedad.

- Se muestra con una actitud defensiva y se frustra fácilmente.
- Culpa a otros de las propias debilidades.

Para finalizar con las características, cabe enfatizar que la forma de aprehenderse y la fuerza de la autoestima influyen directamente en todas las facetas de la vida (Clark y cols.; 2000).

1.6 Pilares de la autoestima

Según Branden (2010) las seis prácticas esenciales para una buena autoestima son: vivir conscientemente, la autoaceptación, la autorresponsabilidad, la autoafirmación, el vivir con determinación y la integridad personal. Para su mayor comprensión, a continuación se explica cada una de ellas:

- 1) El vivir conscientemente es enfrentarse a la realidad sin miedo, sin evadirla ni negarla, estar con la atención suficiente en lo que se está realizando en el presente, es el esfuerzo por comprender todo lo que se relaciona con los intereses y valores personales y, por último, tratar de entender el mundo externo al yo como el mundo interior.
- 2) La autoaceptación es la comprensión de sí mismo, que se traduce en la aceptación de aspectos que disgustan o que no son dignos de admiración para la persona, pero que tiene la capacidad de tolerarlos y de trabajar para mantener una relación armoniosa consigo misma.

- 3) La autorresponsabilidad es darse cuenta que el individuo es el protagonista de las decisiones y acciones que tome en torno a su vida, en pocas palabras, es el único responsable de su felicidad o infelicidad.
- 4) La autoafirmación es la disposición de ser quien se es, manteniendo un trato amable y respetuoso consigo mismo en las relaciones con los demás, sin pretender ser alguien que no es; aprender a expresar los deseos, pensamientos, sentimientos y valores de una manera adecuada a la realidad.
- 5) Vivir con determinación significa tomar el control de la propia vida, responsabilizándose de las acciones que lleven al ser humano hasta donde quiera llegar.
- 6) Integridad personal es ser congruente con lo que se expresa verbalmente y lo que se actúa, en otras palabras, es la honestidad hacia los valores, pensamientos, sentimientos que una persona profesa.

Por otro lado, Branden (2011) enlista para el primer pilar de la autoestima los siguientes aspectos que reflejan lo que es vivir de manera consciente:

- Mente activa.
- Uso de la capacidad intelectual.
- Situarse en el momento, es decir, en el aquí y el ahora.
- Enfrentar los hechos importantes.
- Distinguir la realidad de la fantasía.
- Autocontrol de los impulsos.

- Interés en conocer si las acciones empleadas se encuentran en sintonía con los propósitos.
- Retroalimentación del entorno para la adaptación y corrección del camino cuando es necesario.
- Mantener la intención por comprender a pesar de las adversidades.
- Aceptar nuevos conocimientos y tener la disposición a revalorar antiguas conductas.
- Tener la capacidad de ver y corregir errores.
- Compromiso con la vida.
- Conocer a la persona que se es.
- Ser consciente de los valores que se profesan y que sirven de guía.

El segundo pilar de la autoestima es la práctica de la aceptación de sí mismo, que Branden (2011) la explica en tres niveles.

- 1) El primero, es el reconocer el valor que se tiene como persona y la voluntad de vivir.
- 2) El segundo supone la disposición para experimentar la realidad de ser quien se es y de permitirse pensar lo que se piensa, sentir lo que se siente, desear lo que se desea y de hacer lo que se hace. Cuando la persona acepta los sentimientos negativos, es capaz de prescindir de ellos, porque se permite vivirlos y abandonan el centro de la escena. La aceptación de sí mismo es la condición inicial para que se realice el

cambio y el crecimiento en la autoestima de una persona, y a partir de aquí en cualquier aspecto de su vida.

- 3) El tercer nivel propone la idea de mantener una amistad consigo mismo, lo que significa mostrar más compasión con la propia persona y saber disculparse ante algunas acciones que se consideren poco adecuadas.

La práctica de la responsabilidad de sí mismo, que es el tercer pilar, implica la realización de los siguientes compromisos, según Branden (2011): ser responsable de la obtención de lo que se desea, de lo que se elige y se actúa; del esfuerzo que se dedica al trabajo, del nivel de consciencia que se aporta en las relaciones, de la conducta hacia los demás, de la manera de organizar el tiempo personal, de la calidad de lo que se comunica, de la felicidad personal, de aceptar los valores con los cuales se vive y de ser el responsable de incrementar la autoestima.

Branden (2011) sugiere que para ampliar la comprensión de la práctica de la afirmación hacia sí mismo, que es el cuarto pilar. Es importante aclarar qué es la autoafirmación. La define como el respeto hacia los deseos, necesidades y valores y la búsqueda de manifestarlos oportunamente en la realidad. Significa la razón de valerse por sí mismo, de expresar quien se es de manera abierta, de tratarse con dignidad en todas las relaciones humanas. Es la autenticidad del individuo que lo describe como un ser único e irrepetible.

El primer paso para la autoafirmación es la firmeza de la consciencia. El cuestionarse, el retar a la autoridad, el saber decir no cuando es no y proyectar las aspiraciones en la realidad, son actos de autoafirmación.

Ejercer la afirmación de sí mismo de forma lógica y congruente, es establecer el compromiso con el derecho a existir, que se basa en el conocimiento de que la vida es personal, por lo tanto, no le pertenece a nadie más que a sí mismo.

En el ambiente laboral también se requiere de esta fuerza para llevar a cabo las ideas, para luchar por ellas, para trabajar con el empeño que se requiere para su realización y que se apliquen en la realidad.

Por último, la autoafirmación brinda la habilidad para enfrentar los desafíos en vez de rehuirles. Cuando se extienden los límites de la capacidad para luchar por lo que se quiere, se eleva la eficacia personal y el respeto hacia sí mismo.

Para el quinto pilar, a continuación se presentan las cuestiones básicas para vivir con un propósito (Branden; 2011):

- Aceptar la responsabilidad de manera consciente de la formulación de las metas y propósitos personales.
- Buscar las acciones necesarias que conduzcan a la consecución de las metas.
- Control de la conducta para revisar lo que corresponde con las metas.

- Atender los resultados de los actos, para descubrir si están dirigiéndose a donde se quiere llegar.

El sexto pilar supone que la integridad personal se observa cuando la conducta de un individuo corresponde a sus valores expresados o cuando mantienen relación sus ideales en la práctica.

El concepto de integridad se plantea únicamente para las personas que tienen normas y valores, es decir, para la gran mayoría de los seres humanos. Cuando un individuo realiza un comportamiento contrario a lo que él considera adecuado, surge un sentimiento de desconfianza en sí mismo que debilita la autoestima.

Branden (2011) concluye con un séptimo pilar que resalta la importancia de la voluntad y la disposición de trabajar conscientemente por vivir las seis prácticas, aunque su realización pueda no ser fácil, porque esto implica superar la pereza, luchar contra los miedos y afrontar el dolor.

Por muy sano que resulte el ambiente en el que se desenvuelve una persona, la racionalidad, la responsabilidad de sí mismo y la integridad nunca surgen de manera espontánea; sino que son el resultado de un logro, de la claridad y del orden que un individuo elige para su vida.

1.7 Medición de la autoestima

La autoestima, al ser una variable no visible, ha tenido que ser operacionalizada mediante el uso de indicadores que permitan reconocerla para su estudio. Se ha alcanzado incluso la posibilidad de medirla y clasificarla en niveles de alta, media y baja.

González-Arratia (2001) presenta las siguientes características para identificar a una persona con autoestima alta:

- Sabe colaborar con otras personas para lograr un fin.
- Emplea la justicia.
- Tiene la capacidad para divertirse sola o con otras personas.
- Es creativa.
- Demuestra una actitud alegre y energética ante la vida.
- Disfruta de la libertad.
- Tiene disposición para aprender y actualizarse.
- Reconoce y acepta su género y rol sexual.
- Realiza su trabajo de la mejor manera y esto le genera satisfacción.
- Cuenta con la habilidad para relacionarse con personas de sexo opuesto.
- Aceptación hacia sí misma y hacia los demás.
- Capacidad para expresar sus sentimientos y permite que los demás también lo hagan.
- Responsable.
- Lleva a cabo nuevos retos.

- Tolerante a la frustración.
- Influye de manera positiva en los demás.
- Más independiente socialmente.
- Conducta más asertiva.
- Emite opiniones de manera clara.
- Es activa en las relaciones sociales.
- Muestra capacidad para lograr éxito.
- Sensación de seguridad.
- Facilidad para hacer amigos.
- Agrado por realizar nuevas actividades.
- Ofrece ayuda en caso de ser necesaria y aplica las reglas si es lo correcto.
- Presenta ideas innovadoras.
- Buen comportamiento.
- Muestra habilidades que le permiten seguir los objetivos más convenientes.
- Enfrenta los cambios con facilidad.
- Se ve a sí misma como una persona auténtica (González-Arratia; 2001).

Por otra parte, un individuo con autoestima media presenta las siguientes características (González-Arratia; 2001):

- Optimismo y expresividad.
- Capacidad elevada para aceptar críticas.
- Búsqueda de la retroalimentación social para corregir errores personales.

- Persona más activa que la de autoestima alta.
- Mayor vivencia de experiencias sociales que le ayuden a enriquecer su autovaloración.

Por otro lado, las personas con una autoestima baja se diferencian claramente al presentar, según la autora citada, las siguientes características:

- Aislamiento.
- Incapacidad para expresarse y defenderse.
- Se sienten indignas de amor.
- Debilidad para enfrentar sus carencias.
- Muestran pasividad y no participan socialmente.
- Preocupación constante.
- Los problemas las agobian.
- Se ofenden ante la crítica.
- Sentimiento de incapacidad para resolver los problemas.
- Presentan enfermedades psicosomáticas.
- No confían en sí mismas.
- Pesimistas.
- Sienten que nadie las valora.
- Falta de respeto hacia sí mismas.
- Personas solitarias y apáticas.
- Deforman su imagen.

- Indiferencia hacia la propia persona y con los demás.
- Dificultad para ver, escuchar y pensar claramente
- Subestiman el valor de sí mismas, por lo que permiten ser menospreciadas por los demás.
- El temor les impide lograr la consecución de metas y objetivos.
- Tendencia a consumir drogas, a suicidarse o asesinar.
- Los sentimientos de inferioridad las llevan a tener envidia y celos.
- Se muestran constantemente con actitudes de tristeza, depresión, abandono, ansiedad, ira, coraje, odio y dolor (González-Arratía; 2001).

En cuanto al aspecto físico, la autoestima baja se puede detectar de la siguiente manera (González-Arratía; 2001):

- Apretón de manos débil.
- Voz sin potencia.
- Poco arreglo personal.
- Encorvamiento.
- Ojos sin luz.
- Tensión en el semblante.
- Mirada vacía y sin ver de frente.

Las características particulares del individuo con baja autoestima, según dicha autora, son:

- Sensibilidad.
- Timidez.
- Máscara de orgullo.
- Arrogancia.
- Demanda de atención.
- Necesidad de dominar las conversaciones.
- Perfeccionismo.
- Convulsión.

De igual manera Adler (citado por González-Arratia; 2001) precisa que los sentimientos de inferioridad pueden provocar baja autoestima y subraya tres circunstancias que pueden derivar en una influencia negativa:

- Inferioridad orgánica: contempla las deficiencias físicas (pérdida de un brazo, pierna, dolores lumbares que imposibiliten el movimiento).
- Con la aceptación, el apoyo y la estimulación de los tutores, los individuos con inferioridad logran compensar las debilidades e incrementar la autoestima; en caso contrario, son seres infelices.
- La sobreprotección tiende a provocar un valor irreal en los niños y dificultad para relacionarse con los demás de manera madura.

Se han realizado diversas investigaciones que relacionan a la variable en cuestión con el rendimiento académico, el éxito, los niveles socioeconómicos, también se ha estudiado la autoestima en mujeres preadolescentes que han sufrido de incesto.

De la misma manera, se han elaborado investigaciones acerca de la autoestima que la han relacionado con los siguientes temas: patrones de crianza, desempeño físico, memoria, ansiedad, divorcios, demanda de atención y la influencia de la conducta de los padres en la autoestima de los hijos adolescentes (González-Arratia; 2001).

Se han creado distintas pruebas para evaluar la autoestima de los niños, un ejemplo de ellas es la escala de autoestima de Rosenberg. Este test se utilizó por primera vez en el año de 1965 y se revisó en 1989. La escala se compone de 10 reactivos, ofrece cuatro opciones de respuesta y valora el nivel de autoestima en baja, buena y muy buena.

También Coopersmith (citado por Crozier; 2001) elaboró un inventario para medir la autoestima en los menores. Los ítems hacían mención a distintas áreas de la vida: la escuela, las relaciones con los compañeros y con familia. El autor tomó una muestra de niños de 10 a 12 años y les aplicó el cuestionario, a partir de sus respuestas los clasificó con alta, media o baja autoestima.

De esta manera identificó cuatro dimensiones de la autoestima: competencia, virtud, poder y aceptación social (Crozier; 2001).

Para concluir el capítulo, es importante recalcar la importancia que tienen los padres de familia en la instauración de la autoestima de sus hijos, porque si ellos les ofrecen un ambiente en el que los niños se puedan desarrollar satisfactoriamente, les estarán asegurando para su futuro una fortaleza inquebrantable para disfrutar la vida al máximo.

CAPÍTULO 2

TRASTORNOS ALIMENTARIOS

En el presente apartado se abordan los aspectos importantes para el entendimiento de los trastornos alimentarios. Inicialmente aparecen los antecedentes que a lo largo de la historia se han venido presentando, así como la definición y las características clínicas de los trastornos alimenticios, también es útil conocer la organización de la esfera oroalimenticia en el infante, para continuar con el perfil de la persona con dichos trastornos; además, se mencionan las causas y las consecuencias que provocan este tipo de enfermedades y se finaliza el capítulo con el tratamiento para este tipo de patologías.

2.1 Antecedentes históricos de la alimentación

Desde la antigüedad hasta el tiempo actual, se ha escuchado hablar de problemas en la conducta alimentaria. Los banquetes de antaño tenían marcado un carácter social de exposición de poder y, en algunos casos, un simbolismo sagrado, por lo cual se acostumbraba ingerir alimentos de manera exagerada y el vómito era necesario para volver a comer (Jarne y Talarn; 2000).

Las primeras teorías proponían que la anorexia era provocada por un problema de origen panhipopituitario, es decir, por alteraciones en las funciones de la glándula pituitaria. Posteriormente se impusieron las hipótesis psicológicas de tipo

psicoanalítico. Desde los años setenta, se considera que el origen del trastorno radica en la unión entre factores biológicos, psicológicos y sociales, también se recomiendan tratamientos que aborden los tres focos de atención de la anorexia: el peso, la figura y el pensamiento alterado.

Russell, en 1979, describió episodios de algunas de sus pacientes que presentaban una ingesta voraz difícil de controlar, batallas contra el miedo a subir de peso y conductas de purga o vómito, que definió como bulimia nerviosa (Jarne y Talam; 2000).

2.2 Definición y características clínicas de los trastornos alimenticios

De acuerdo con el DSM IV-TR (APA; 2002), los trastornos alimenticios se destacan por cambios graves en la alimentación que repercuten en la salud física y psicológica de la persona que los padece.

A continuación se menciona la definición de cada trastorno y sus características correspondientes, para una mayor comprensión.

2.2.1 Anorexia nerviosa

Según Bruch (citado por Belloch y cols.; 1995), la palabra anorexia literalmente alude a la falta de apetito, y es utilizada para designar un síntoma que aparece en otros trastornos y enfermedades, como la depresión o la gripe. Pero cuando se habla de

anorexia nerviosa sucede un caso contrario, porque la persona, lejos de carecer de apetito, se comporta como un “organismo hambriento”; no come, pero piensa constantemente en cuáles son los alimentos ideales que debe ingerir para no subir de peso, y es ahí donde se observa la psicopatología: el deseo irresistible de continuar adelgazando; a pesar de que ya haya bajado un porcentaje considerable de peso.

A continuación se presentan los criterios para detectar la anorexia nerviosa según el DSM-IV (citado por Jarne y Talarn; 2000):

- Rechazo a mantener el peso corporal igual o arriba del valor mínimo normal de acuerdo con la talla y edad.
- Miedo intenso a incrementar de peso o convertirse en obeso, incluso teniendo un peso inferior al normal.
- Alteración significativa de la forma o tamaño del cuerpo, exagerada importancia en la autoevaluación o negación del riesgo que conlleva el bajo peso corporal.
- El nivel de autoestima de las personas con este trastorno depende de manera considerable de la forma y el peso del cuerpo.
- En mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de un mínimo de tres ciclos menstruales continuos (se considera que la mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones surgen únicamente con tratamientos hormonales).

- Cuando el trastorno inicia antes de la pubertad, los cambios de esta etapa se retrasan o incluso se detienen.
- La pérdida de peso es provocada por el enfermo, ya que evita consumir alimentos que cree que lo harán subir de peso.

Los subtipos de anorexia nerviosa, de acuerdo con el DSM IV-TR (APA; 2002), son:

- 1) Restrictivo: describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso es provocada por dietas, ayunos o por realizar ejercicio intenso. Estos individuos no presentan atracones ni purgas.
- 2) Compulsivo/purgativo: el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos). Se provoca el vómito o utiliza diuréticos, laxantes o enemas en exceso.

La denominación de anorexia nerviosa atípica, de acuerdo con Castillo y León (2005) se emplea para los casos que no cumplen con todos los criterios de la anorexia nerviosa, por lo que puede no presentarse la pérdida significativa de peso o la amenorrea.

2.2.2 Bulimia nerviosa

Según Perpiña (citado por Belloch y cols.; 1995), la etimología de la palabra bulimia se deriva de la raíces griegas *bus-buey-* y *limos-hambre-*, por tanto, significa

hambre desmesurada. Clínicamente se aplica a episodios caracterizados por la necesidad exagerada, irrefrenable, de consumir grandes cantidades de comida, comúnmente con alto valor calórico. En consecuencia, la persona es invadida por intensos sentimientos de autorrepugnancia y culpa, y tiene la necesidad de aminorar los efectos de su conducta, por ejemplo, provocándose el vómito.

Enseguida se presentan las características para el diagnóstico de la bulimia nerviosa, de acuerdo con el DSM-IV (citado por Jarne y Talarn; 2000):

- Presencia de atracones: un atracón se refiere al consumo de alimento en un corto espacio de tiempo, en cantidades superiores a las que la mayoría de personas consumirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas condiciones. Además, se experimenta la sensación de pérdida de control sobre dichos episodios.
- Conductas compensatorias inadecuadas: de manera constante, con la finalidad de no incrementar de peso, como la provocación del vómito, uso desmedido de laxantes, diuréticos, enemas u otros medicamentos, ayunos y exceso de ejercicio.
- Los atracones y las conductas compensatorias inadecuadas aparecen, en promedio, por lo menos dos veces a la semana durante un espacio de tres meses.
- Influencia exagerada por el peso y la figura corporal en la autoevaluación, dichos factores son importantes para la determinación de la autoestima.

- Sentimientos de vergüenza y culpa que llevan a ocultar los síntomas.

Los tipos de bulimia que se consideran, según el DSM-IV (citado por Jarne y Talarn; 2000), son los siguientes:

- 1) Purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, la persona se provoca regularmente el vómito o utiliza laxantes, diuréticos o enemas de manera exagerada.
- 2) No purgativo: emplea técnicas compensatorias como ayunar o realizar ejercicio físico intenso, pero no recurre al vómito ni utiliza laxantes, diuréticos o enemas.

La bulimia nerviosa atípica se caracteriza por cuadros de bulimia nerviosa en los que faltan algunos síntomas o signos primordiales que definen a dicho trastorno (Castillo y León; 2005).

2.2.3 Obesidad

La obesidad se aborda de una manera sencilla, ya que es considerada como una enfermedad médica por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), y en el DSM-IV no aparece, ya que no se ha encontrado su asociación firme con síndromes psicológicos o conductuales (APA; 2002).

La obesidad es un trastorno crónico que demanda atención durante un largo periodo de tiempo. Aunque la mayoría de las veces se confunde con exceso de peso, hay que señalar que se define como una excesiva acumulación de tejido graso en el cuerpo, un contenido mayor de 35 por 100 en el sexo femenino y 30 por 100 en los varones (Van Itallie y Margie, citados por Belloch y cols.; 1995).

2.2.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas

Castillo y León (2005) citan a la CIE-10, que refiere al término como un consumo exagerado por estrés que genera obesidad. Puede aparecer como resultado de duelos, accidentes, intervenciones quirúrgicas y sucesos emocionalmente estresantes que probablemente desencadenen obesidad reactiva.

2.2.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas

También se le reconoce como vómitos psicógenos o hiperémesis gravídica psicógena.

Pueden aparecer vómitos repetidos, no autoprovocados, en cuadros disociativos, en la hipocondría como uno de los síntomas corporales, y durante el embarazo, cuando los factores emocionales pueden facilitar los vómitos y náuseas recurrentes (Castillo y León; 2005).

2.2.6 Trastorno por atracón

Según Castillo y León (2005), este trastorno se caracteriza por la aparición de atracones recurrentes, perdiendo el control de los mismos, sin conductas compensatorias como las que presentan los pacientes bulímicos. Después del atracón se experimenta malestar con sensación de enfado, culpa y depresión, comer sin hambre y de manera rápida.

2.2.7 Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia

La característica fundamental de la presencia de estos trastornos es que el niño rechaza los alimentos a través de conductas caprichosas que no son habituales de una conducta alimentaria normal (Castillo y León; 2005).

Los trastornos de la niñez son los que a continuación se enuncian:

- Comportamientos disruptivos durante la comida y hábitos alimentarios inadecuados: hacen referencia a las conductas que dificultan el establecimiento de hábitos alimentarios correctos, por ejemplo: comer de pie o levantándose constantemente de la silla; comer y jugar al mismo tiempo; comer solamente si un adulto le pone atención; negación a utilizar los cubiertos cuando se necesitan; el niño no come solo, cuando ya tiene la capacidad para hacerlo.
- Rechazo de alguna clase de comida: según Bernal (citado por Jiménez; 1997), es común que el infante se niegue a comer un tipo de alimento, incluso es algo normal.

Pero la gravedad de este problema radica en que la carencia del alimento que no quiere ingerir, pueda afectar la salud del menor. Los motivos de esta negativa pueden ser por el olor, el sabor o a la mayor o menor dificultad de consumir los alimentos.

- Negación a tomar alimentos sólidos: el niño únicamente acepta ingerir alimentos líquidos, pasados o semipasados, evadiendo tomar los de constitución sólida. Es posible que el peso del niño evolucione de manera normal, aunque la prolongación de este tipo de alimentación puede provocarle problemas en las encías y dientes (Linscheid, citado por Jiménez; 1997).
- Ingesta de comida mezclada: Jiménez (1997) cita a Godoy y Cobos para explicar que el infante solamente consume los alimentos que están molidos y con mezcla de sabores. Comúnmente, el problema lo genera el adulto encargado de alimentar al menor cuando tritura los alimentos y mezcla los que piensa que debe consumir el niño, porque lo acostumbra a comer sin el menor esfuerzo y cuando se le quiere ofrecer los alimentos por separado, no acepta el sabor característico de cada uno.
- Falta de apetito: es importante conocer acerca de los aspectos relacionados al desarrollo evolutivo normal del niño, ya que durante el primer año de vida, el niño puede subir entre 5 y 8 kilos, pero después, el apetito del infante disminuye de manera natural, de forma que ganará aproximadamente 2 kilos por año durante los 3 o 4 años siguientes. Es necesario que los padres asistan al pediatra para que consulten si la cantidad de comida que ingiere el niño es la correcta para su edad.
- Tiempo de comida excesivo: es normal que los niños tarden más tiempo que los adultos en la ingesta de los alimentos, el problema se observa cuando el tiempo es

evidentemente excesivo, y depende de la edad del niño y del momento de la comida. Los motivos de esa tardanza pueden surgir por el rechazo a comer el alimento que se le ha dado, negación a cambiar de la comida triturada a la sólida, rechazo a ingerir toda la comida que los padres desean que coma o por distractores a su alrededor que impiden que coma (Jiménez; 1997).

- Los vómitos: pueden ser inducidos por algún rechazo a una situación específica, y a través de estos el niño puede evitar o escapar de la situación, pero antes de llegar a una conclusión, es necesario descartar algún problema físico o reacción alérgica.
- Pica o alotriofagia: se trata de un trastorno en donde el sujeto ingiere sustancias no nutritivas de manera constante. Se considera anormal cuando inicia arriba de los 18 meses de edad. En el caso de los niños, puede derivarse de un trastorno psiquiátrico grave como el autismo, el retraso mental, entre otros. También puede aparecer en infantes con inteligencia normal, generalmente niños pequeños, y aminorase en la adolescencia. Según lo que se consuma, así se presentarán las complicaciones como infección por parásitos, dificultad intestinal e intoxicaciones (Castillo y León; 2005).
- Rumiación o mericismo: es un trastorno poco frecuente que se presenta entre los tres y los doce meses de edad. Consiste en devolver repetidamente la comida ingerida, se acompaña de pérdida de peso o dificultad para tener el correspondiente a la edad del niño. Puede aparecer en niños que sufren de retraso mental o del trastorno generalizado del desarrollo. Algunos autores consideran que el origen reside en una alteración de la relación entre madre e hijo.

- Potomanía: se caracteriza por el consumo excesivo de líquidos, generalmente agua. Cuando se presenta esta enfermedad es necesario realizar una prueba de diabetes insípida para diferenciarla de esta patología. En la potomanía se pueden observar características histéricas, también se presenta en pacientes con anorexia nerviosa, en quienes el objetivo de esta ingesta de agua es el de provocar saciedad (Castillo y León; 2005).

2.3 Esfera oroalimenticia en el infante

La esfera oroalimenticia hace referencia a las zonas que rodean el orificio bucal, principalmente a los labios, las mucosas intrabucales y la lengua (Ajuriaguerra; 1973).

De los reflejos humanos, el automatismo oroalimenticio de succión y deglución es de los primeros que aparece en un recién nacido, acompañado de una orientación temprana hacia la fuente de excitación.

Una de las primeras formas en que un bebé se relaciona con el mundo externo es a través del reflejo oroalimenticio. La mamá en esta etapa representa una dependencia infantil, ya que es “la madre alimento” de acuerdo con R. Laforgue (citado por Ajuriaguerra; 1973).

2.3.1 Organización oroalimenticia

A. Freud menciona que el niño en la fase narcisista fluctúa entre la tensión del hambre y la tensión satisfactoria, después encontrará como fuente de placer la comida.

En la fase objetal depositará su afecto en la madre que lo alimenta. Para el segundo año diferenciará a su mamá del alimento (referida por Ajuriaguerra; 1973).

La actividad oral es importante debido a que representa un medio de satisfacción y de nutrición. También es una fuente de contacto para la apropiación de objetos o personas, un juego de labios o mordiscos, de ingesta y de devolver.

Muchos autores otorgan un interés especial al tipo de alimentación infantil en su consecuente organización de la psique, debido a que reconocen la influencia que la succión tiene en las primeras emociones y que representa el punto de partida de las primeras ilusiones mentales.

El alimento que la madre le proporciona a su hijo va más allá del acto nutritivo, ya que es una entrega por parte de la madre de sí misma, no solamente por el pecho que le da, sino por la actitud que mantiene cuando lo amamanta.

De acuerdo con M. Soulé (citado por Ajuriaguerra; 1973) la primera forma en que una madre se relaciona con su hijo es a partir de los actos de comer.

“La comida es una institución social con un ritual y una participación de la familia” (Ajuriaguerra; 1973: 183). El acto de comer tiene diferentes significados: es alimentarse, sentir un placer, como última finalidad es crecer.

2.3.2 Alteraciones en la esfera oroalimenticia

Se distinguen dos tipos de anorexia del recién nacido (Ajuriaguerra; 1973):

- La anorexia esencial precoz: es poco común, puede aparecer en las primeras semanas de vida o incluso en el primer día; se presenta en niños con bajo peso, nerviosos o muy despiertos. Al principio se observan pasivos ante la comida, y al cabo de algunos meses muestran una actitud reacia a comer.
- La anorexia del segundo semestre: es más frecuente; se presenta entre el quinto y el octavo mes, al retirarse lentamente la leche e ir variando el régimen, cuando aún es poco estable el apetito y todavía surgen cambios significativos en el desarrollo infantil.

Según el comportamiento del infante ante la comida se indican dos tipos de anorexia: la inerte se manifiesta cuando el niño no presenta iniciativa para comer e incluso vomita la poca que haya comido; la de oposición se observa en las respuestas que el bebé tiene ante la comida, ya que reacciona con llanto ruidoso, agitación e intensa rotación tónica, entre otros métodos que utiliza para rechazar la comida que le dan los padres y estos terminan agotados.

La pasividad o rebeldía que presenta el niño ante la comida son actitudes que le ayudan a expresar su personalidad en contra del adulto, y estas corresponderán al comportamiento que la madre asuma con la alimentación del menor.

Para el segundo semestre, L. Kreisler (citado por Ajuriaguerra; 1973) menciona dos tipos de anorexia: la simple y la compleja. La primera inicia como una respuesta

al destete, a partir del cambio de alimentación o ante un suceso patológico que, a su vez, da pie a una reacción de oposición por parte del niño y de imposición por la madre. Por otro lado, la compleja se caracteriza por la intensidad de los síntomas y la negación a los tratamientos, el niño actúa sin interés hacia la comida y surge la duda de si tendrá alguna alteración en el mecanismo del hambre.

Los casos de anorexia más riesgosos generalmente coinciden con algún conflicto que exista en la relación de madre e hijo. Los bebés anoréxicos suelen presentar retraso en la regulación de esfínteres, problemas en el sueño y llanto agitado.

La anorexia de la segunda infancia acostumbra seguir a la de la primera, aunque también suele darse en niños que se han alimentado sin ningún problema durante el primer año y cuyos mecanismos de rechazo inician a partir de cierta ritualización de la comida en el entorno familiar. Puede ser en oposición a exigencias paternas o por capricho. La evolución de la anorexia es grave en cuanto a las repercusiones fisiológicas, pero también es de vital importancia su tratamiento porque podría prolongarse en el futuro (Ajuriaguerra; 1973).

2.4 Perfil de la persona con trastornos de alimentación

Costin (2003) menciona que es difícil describir el perfil de la persona con riesgo de padecer un trastorno alimentario, o de su familia, porque generalmente se inicia con la observación cuando ya está presente dicha perturbación.

Las características individuales y familiares de las personas con un trastorno en la alimentación se exponen enseguida:

- Problemas con la autonomía: dificultad para actuar de manera discriminada de la familia o de patrones externos, esto se ve en individuos que viven atentos a lo que los demás esperan de ellos, de cumplir con las expectativas de los padres, o de ofrecer satisfacción a otras personas antes que a sí mismos. La preocupación de actuar siempre correctamente les deja poco margen de seguridad para desarrollar un pensamiento propio o para realizar los planes personales. Además, presentan dificultad para enfrentar las situaciones y resolverlas de manera independiente, lo que provoca vulnerabilidad de desarrollar un trastorno alimenticio, convirtiendo su cuerpo en fuente de autocontrol y eficacia personal (Costin; 2003).
- Déficit en la autoestima: los parámetros de la sociedad para la autoestima de la mujer están ligados a factores externos, como la imagen o apariencia física, la aprobación de los demás y el cumplimiento de expectativas, de aquí que se concentre en el peso como el área de triunfo y aceptación (Costin; 2003).
La sensación de baja autoestima surge a partir de juzgarse a sí misma desde lo que los demás consideran importante, y para incrementar la autoestima, el peso y la figura cobran relevancia.
- Camino a la perfección y el autocontrol: la tendencia a realizar todo a la perfección es un rasgo característico de las personas con trastorno de comer. La sensación de ineficacia las vuelve exigentes, porque sienten que lo que

hacen nunca es totalmente bueno; piensan que para alcanzar la perfección es necesario tener el cuerpo ideal a costa de cualquier precio, de esta manera creen que conseguirán ser seguras de sí mismas para tener la confianza de enfrentar los desafíos de la vida (Costin; 2003).

- También es común encontrar en estos individuos la propensión de controlar todo en sus vidas: su cuerpo, el peso corporal y la comida, que son áreas que les dan la ilusión de tener la capacidad para encarar otros retos en la vida.
- Miedo a madurar: los trastornos de la alimentación se presentan por lo general en la pubertad, la adolescencia y la juventud. Al ser etapas en las que surgen numerosos cambios a nivel físico, sexual, psicológico y social, los jóvenes se sienten poco capaces para sobrellevarlos.

De acuerdo con Costin (2003), en este proceso de desarrollo físico, los púberes sufren de un aumento de peso, que es lo que determina la forma de un cuerpo más adulto; para algunos jóvenes este puede ser el factor precipitante de su trastorno, porque este cambio transmite el mensaje de que se ha dejado la infancia.

Generalmente, estas personas están inmersas en la niñez, y tienen miedo de crecer y tomar el rumbo de sus vidas, o también perciben que sus padres desean que ellos continúen siendo unos niños y sufren por la falta de estímulos que los ayuden a integrarse en el mundo de los adultos.

Otro aspecto relevante de mantenerse en la idea de seguir comportándose como niños, es que conservan un pensamiento infantil que varía entre dos extremos:

bueno o malo, todo o nada, gordo o delgado, que provoca la incapacidad para lograr una estabilidad (Costin; 2003).

2.5 Causas del trastorno alimenticio

Este apartado permite conocer los factores que desencadenan un trastorno en la alimentación. Las causas son multifactoriales, por lo que pueden intervenir cuestiones socioculturales, individuales y familiares, pero cabe destacar que ninguna de ellas en sí misma es suficiente, porque se necesita de su combinación para representar la vulnerabilidad de un trastorno (Costin; 2003).

Es importante dar una definición de los términos predisponentes, precipitantes y perpetuantes, que ayudan a dar claridad a lo que se pretende explicar:

Predisponer hace alusión a la preparación de algo o alguien para lo que se espera. Es decir, cuando se habla de factores predisponentes, se hace referencia a que existen elementos en el contexto sociocultural y en las características individuales de la persona o en las de su familia que preparan el ánimo del sujeto, para que conciba la idea de trabajar en el culto de su figura o en el control del peso.

La palabra precipitar significa arrojarse a realizar o decir algo con imprudencia. Lo que refleja que cualquier elemento estresante que surja o la iniciativa de comenzar con dietas para lograr el control del peso, actúa a modo de semilla que cae en tierra fértil y empieza a crecer (Costin; 2003).

Perpetuar hace mención al tiempo, a la duración extensa de algo. En el trastorno se observa en los efectos que conlleva, tanto fisiológicos como psicológicos.

2.5.1 Factores predisponentes individuales

Los factores individuales que influyen en la conducta del comer se refieren a la constitución psicofisiológica, al aprendizaje, a las creencias y las actitudes. La elección de los alimentos nace dentro de una red de simbolismos sociales, más que del contenido nutricional.

Los alimentos representan características de la identidad de cada persona en términos de género, sexualidad, conflictos y autocontrol, así como la comunicación de amor y poder.

Ogden (2005) cita a Helman para explicar los sistemas de clasificación de las comidas:

- Comida frente a no comida: delimita los alimentos que son comestibles y los que no son.
- Comidas sagradas frente a profanas: diferencia las válidas por la religión y las que no lo son.

- Clasificaciones de comidas paralelas: señalan que los alimentos pueden considerarse como calientes o fríos, lo cual no depende de su temperatura, sino del valor simbólico que le otorgue cada cultura.
- Comida como medicina: algunos alimentos se usan como remedio de enfermedades y otros se evitan durante ciertos problemas de salud.
- Comidas sociales: la comida puede ser un medio para establecer relaciones; simbolizar estatus, ofreciendo platillos poco comunes, caros o exquisitos, y generar la identidad del grupo.

Enseguida se indican los distintos significados de la comida, según Ogden (2005):

La comida proporciona información acerca de la identidad de la persona, y comunica necesidades internas, conflictos intrínsecos y el sentido del yo.

La asociación entre la comida y el sexo enfatizan la semejanza biológica entre estas necesidades, ya que ambas mantienen la vida, provocan placer e implican vulnerabilidad al sobrepasar los límites corporales normales.

Según Lawrence (citado por Ogden; 2005), el conflicto de comer como conducta de negación se presenta mayormente en las mujeres, porque ellas son las que tienen que preparar los alimentos y al mismo tiempo, se niegan a ingerirlos para no subir de peso.

El consumo de alimentos como chocolates y pasteles, genera en algunas personas un dilema entre culpa y placer, ya que después de haberlos saboreado presentan sentimientos de vergüenza y desesperación.

La comida puede representar la pérdida de control, y la solución a este problema son las dietas que en la actualidad se han convertido en un medio para el autocontrol.

La comida funciona como instrumento para la comunicación familiar, ya que en el comedor, con frecuencia, es el único lugar en el que los miembros de la familia se reúnen. Además, los tipos de alimentos que consumen y la manera de prepararlos pueden crear un sentido de identidad del grupo.

Lawrence (citado por Ogden; 2005) menciona que la comida es el medio por el cual la mujer demuestra amor y preocupación por sus seres queridos. Sin embargo, surge un conflicto entre el consumo de un alimento nutritivo, en contra de comida poco saludable, que generalmente es más placentera.

Dentro de la familia, la distribución de la comida se refleja en los grados de poder, es decir, en el orden en el que se sirve. Ogden (2005) cita a Murcott, quien realizó una investigación donde encontró que la comida cocinada representa el hogar, la relación que existe entre los esposos y el lugar que ocupa la esposa.

La comida como cultura se ha estudiado desde una perspectiva religiosa, en este sentido, la preparación de la misma se vuelve un acto a través del cual se puede

comunicar la santidad a la familia; también se le ha dado un simbolismo de estatus social en el que las personas con poder, tienen el lujo de llevar una alimentación satisfactoria y ser servidas por otros.

2.5.2 Factores predisponentes familiares

Resulta complejo diferenciar cuáles son los factores presentes en las familias que puedan provocar en uno de sus miembros el padecimiento de un trastorno alimenticio y los que se desarrollan después que dicha perturbación se ha instalado.

Costin (2003) sugiere que las personas procedentes de familias con las características que enseguida se enuncian, podrían constituir un factor predisponente para la presencia de un trastorno alimenticio:

- Poca comunicación entre sus miembros.
- Incapacidad para resolver conflictos.
- Sobreprotección de los padres hacia los hijos.
- Rigidez y falta de flexibilidad para enfrentar situaciones nuevas.
- Falta de límites generacionales.
- Expectativas muy altas por parte de los padres.
- Depresión y alcoholismo incluidos en la historia de la familia.
- Abuso sexual o físico en el seno familiar.

Rausch (1996) menciona, en el mismo sentido, las siguientes características:

- Alto nivel de tensión familiar.
- Ambiente tirante entre padres e hijos.
- Las familias acostumbran inhibir la agresión y la hostilidad.
- Los padres provocan el crecimiento de la rivalidad entre los hermanos al compararlos de manera abierta.
- Inflexibilidad en las reglas, lo que impide el sano desarrollo de los miembros.
- Jerarquías mal establecidas cuando los hijos toman funciones que corresponden a los adultos.
- Desacuerdo en los padres para la crianza de sus hijos.

2.5.3 Factores socioculturales

Costin (2003) menciona que el contexto sociocultural sugiere que el cuerpo ideal es el delgado, mientras que presenta prejuicios contra la gordura.

Actualmente se espera que la mujer crea que la belleza es sinónimo de delgadez y que el éxito depende del peso, es decir, entre menos kilos, más logros. La sociedad transmite la idea a la mujer que el ser atractiva físicamente debe ser su principal preocupación, y los medios de comunicación refuerzan esta idea.

La presión social gira en torno a lo que se espera de la mujer, es decir, que tenga un curriculum brillante, que se desenvuelva socialmente, que mantenga un

matrimonio perfecto y que sea una madre de familia sobresaliente, en pocas palabras, que sea una supermujer. Las mujeres adoptan este mensaje y nace en ellas la culpabilidad por no alcanzar dicho estereotipo, esto disminuye la confianza en sí mismas y entonces intentan demostrarse que pueden cumplir estas expectativas a través de una figura esbelta, es así como el peso se convierte en el área para ejercer el dominio exigido (Costin; 2003).

En la actualidad, ser delgada es sinónimo de estatus social, por lo menos para los países del primer mundo.

Aunado a lo anterior, se han presentado los siguientes prejuicios contra la obesidad, que también llevan a la confusión respecto al control del peso corporal:

- Se cree que los obesos presentan una mayor ingesta de alimentos.
- Se piensa equivocadamente que los obesos tienen más problemas psicológicos.
- La obesidad se relaciona con un incremento de la mortalidad
- Se considera que los tratamientos con dietas prolongadas son agradables.

2.6 Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio

Es importante conocer cómo es la percepción corporal de los individuos con trastorno alimenticio, ya que una característica notable de este padecimiento es la presencia de una distorsión perceptual.

La imagen corporal compone dos aspectos, uno cognitivo y otro emocional; el primero se refiere a la representación del cuerpo en la mente, mientras que el segundo hace hincapié en el sentimiento que provoca esa representación (Jarne y Talarn; 2000).

La insatisfacción corporal se puede abordar desde tres perspectivas (Ogden; 2005):

1. Imagen corporal deformada: la mayoría de las mujeres que presentan un trastorno alimentario, tienen la creencia de que su cuerpo es más voluminoso de lo que en realidad es.
2. Discrepancia del ideal: este enfoque señala que la mayoría de las niñas y mujeres adultas desearían ser más delgadas de lo que son y los hombres quisieran quedarse como están o aumentar de volumen.
3. Respuestas negativas al cuerpo: se expresa en los sentimientos y pensamientos hacia el cuerpo. Algunos estudios demuestran que las personas con trastornos del comer manifiestan más insatisfacción corporal que las que no sufren estos trastornos.

En general, las mujeres tienen mayor insatisfacción con su cuerpo que los varones con respecto al estómago, las caderas, los muslos y las nalgas. Los hombres, por su parte, se preocupan por su aspecto físico, la fuerza de su tronco y su condición física, y anhelan un volumen diferente del que poseen, manifiestan su insatisfacción con los brazos, espalda, pecho y estómago.

Como se aprecia en diferentes investigaciones, la insatisfacción hacia el cuerpo se presenta en hombres y mujeres, en cualquier edad y aparece en diferentes grupos en cuanto a su sexualidad, carácter étnico y clase social (Ogden; 2005).

Las causas de la insatisfacción corporal tienen que ver tanto con factores sociales como psicológicos, según destacadas en diferentes estudios. Entre los del primer tipo, se encuentran:

- Los medios de comunicación: se cree que la insatisfacción corporal surge como respuesta a la exposición de mujeres delgadas en revistas, periódicos, novelas, en televisión y cine.
- La cultura: presta atención al carácter étnico y a la clase social como elementos de influencia sobre la insatisfacción corporal. Actualmente, se cuenta con información limitada y conclusiones provisionales sobre este aspecto (Ogden; 2005).

- La familia: se ha resaltado que las madres que están inconformes con su cuerpo, transmiten ese sentimiento hacia sus hijas, y por consecuencia, estas presentan insatisfacción corporal.

Según Ogden (2005) los factores psicológicos que influyen en la insatisfacción corporal son los siguientes:

- Creencias: es probable que la influencia de la clase social y el carácter étnico en la insatisfacción corporal, estén mediados por las creencias sobre la competitividad, el logro y el éxito material en cuanto al papel que desempeñan en la persona inconforme con su cuerpo.
- Relación entre madre e hija: algunos estudios indican que dependiendo de la naturaleza de la relación que tenga una madre con su hija, así será la influencia en la insatisfacción corporal.

Ogden (2005) menciona algunas consecuencias de la insatisfacción corporal que se presentan en las mujeres:

- Sometimiento a un régimen alimentario: es la consecuencia más común, hasta el punto de que más del 70% sigue algún régimen en su vida y aproximadamente el 40% lo conserva durante toda su existencia.

- Ejercicio físico: Furnham y Greaves (citados por Ogden; 2005) demuestran que los principales motivadores de las mujeres para realizar ejercicio son: el control del peso, la modificación del cuerpo y el atractivo.
- Cirugía estética: actualmente se ha notado un incremento en este tipo de intervenciones quirúrgicas, pero los estudios todavía tienen que evaluar si suprime el problema de la insatisfacción corporal o provoca un aumento, al hacer que el cuerpo femenino se exponga cada vez más al cambio.
- Fumar: algunas mujeres tienen la idea que las ayuda a mantener una figura esbelta.

En los hombres es menos probable que adopten un régimen alimenticio y es más común que practiquen deportes como el fútbol, el rugby o el ciclismo. El principal motivador del ejercicio para los varones es la combinación de contacto social y diversión, pero muchos lo realizan con la finalidad de incrementar su masa muscular (Ogden; 2005).

2.7 Factores que mantienen los trastornos alimenticios

De acuerdo con Costin (2003), los trastornos del comer provocan complicaciones a nivel físico y psicológico, que vienen a convertirse en los factores que hacen perpetuar el problema, como lo son las prácticas de control de peso y las dietas.

Una inadecuada alimentación trae como resultado complicaciones de orden psicológico, cognitivo, social y físico.

En cuanto a los efectos psicológicos, se derivan transformaciones en el estado de ánimo, lo que se refleja en la visión pesimista del sujeto sobre sí mismo, sobre el futuro y sobre las posibilidades de pensar o realizar algo distinto al respecto. También se detecta la intolerancia e irritabilidad, comportamientos autodestructivos y cambios repentinos del humor, grave estado de ansiedad que se observa en la adquisición de hábitos, como fumar o comerse las uñas. El grado de apatía se incrementa al punto de perder interés en el aseo personal y en las actividades que antes disfrutaban (Costin; 2003).

En la parte cognitiva, se presentan dificultades en la concentración, comprensión y en el estado de alerta, es por este motivo que muchos jóvenes con trastornos alimentarios manifiestan problemas para continuar con sus estudios.

La subalimentación también genera un impacto en el área social, que se expresa en un estado de aislamiento y ensimismamiento, así como en la negación a participar en actividades grupales e incomodidad a interactuar con los demás.

Las transformaciones físicas que aparecen son (Costin; 2003):

- Dolor de cabeza.

- Hipersensibilidad a la luz y al ruido.
- Molestias gastrointestinales.
- Problemas de visión y audición.
- Adormecimiento, especialmente de los pies o las manos.
- Calambres, pérdida de cabello y desarrollo de vello en zonas donde no lo hay normalmente.
- Enlentecimiento del metabolismo.
- Poca tolerancia a los cambios de temperatura.
- Cambios cardíacos.
- Amenorrea en las mujeres.
- Debilidad muscular y deshidratación.

Cuando la ingesta es menor a la requerida para el funcionamiento del organismo, el cuerpo va a quemar menos calorías y se detiene la disminución de peso.

Además, Costin (2003) menciona que la deprivación alimenticia da pie a la formación de hábitos. Las personas que se someten a una restricción alimentaria estricta, desarrollan modos de relacionarse con la comida y hábitos difíciles de escapar. La comida se transforma en una obsesión que enferma.

En este sentido, lo que produce adicción es la dieta y no la comida en sí misma. Es decir, estar a dieta es el camino que lleva a toda la sintomatología anteriormente

señalada, de la cual se intenta salir, con nuevos esfuerzos de control en la comida, para esta vez, sí lograrlo y recobrar el bienestar.

2.8 Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios

Según Butcher y cols. (2007), los trastornos alimentarios presentan una elevada comorbilidad con otros problemas psicopatológicos. Por ejemplo, los pacientes con anorexia nerviosa, además de esta patología, suelen expresar también síntomas de la depresión clínica y del trastorno obsesivo-compulsivo. Se trata de dos trastornos que también son comunes en las personas con bulimia. Así como este ejemplo, se encuentran más enfermedades mentales que se relacionan con los trastornos alimentarios, que a continuación se explican.

1) Trastornos de alimentación en la esquizofrenia

Las alteraciones en la alimentación en las psicosis esquizofrénicas se presentan de manera frecuente, y aparecen tanto en episodios agudos como en las evoluciones cronificadas. Los trastornos que se encuentran se relacionan habitualmente con la clínica del enfermo o con los medicamentos que recibe en el tratamiento (Jarne y Talam; 2000).

Los pacientes catatónicos presentan un rechazo a ingerir algunos o todos los alimentos debido a ideas delirantes de envenenamiento o perjuicio, y los trastornos alimentarios se pueden prolongar un largo periodo de tiempo hasta que persista la

ideación. Según Jarne y Talarn (2000) la esquizofrenia cronicada y con un curso procesual puede resultar como condicionante de distorsiones alimentarias, entre las cuales está el consumo de productos no alimentarios, como la madera, tierra o cabellos.

2) Trastornos de la alimentación en las depresiones

Los trastornos alimentarios por exceso o por disminución resultan un fenómeno usual en todos los casos de trastornos afectivos, sin importar sus formas clínicas (Jarne y Talarn; 2000).

3) Trastornos de alimentación en la manía

En la fase aguda de la manía, los pacientes pueden pasar bastante tiempo sin la necesidad de recibir alimento o, por el contrario, pedir mucha comida, aunque la ingesta sea normal y no consuman todo lo que solicitaron. Picotean la comida sin acabar ningún plato, como ocurre con la mayoría de sus actividades, lo cual representa una ingesta desordenada.

En las fases hipomaníacas puede aparecer una alimentación superior a la normal, tanto en cantidad como en preferencias alimentarias (Jarne y Talarn; 2000).

4) Trastornos de alimentación en las fobias

Jarne y Talarn (2000) mencionan que de la amplia variedad de trastornos fóbicos, solamente los que corresponden a las fobias hacia los alimentos o al acto de la deglución, guardan relación con los trastornos alimentarios. En el caso de los alimentos, la persona, puede desarrollar un cuadro fóbico a partir de una situación traumática.

5) Trastornos de alimentación en la ansiedad

Según Jarne y Talarn (2000), no se presenta un trastorno alimentario determinado que se asocie al síndrome ansioso; solamente se pueden detectar alteraciones por defecto o exceso.

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

El trastorno obsesivo compulsivo únicamente se relaciona con los trastornos alimentarios si la patología está focalizada en esta área. En ocasiones se puede observar una forma de ingesta lenta, en la que se eligen los alimentos con meticulosidad y acompañada, algunas veces, de duda y compulsividad. Por otro lado, las ideas de contaminación y suciedad pueden provocar un cambio importante en los hábitos alimentarios (Jarne y Talarn; 2000).

2.9 Tratamiento de los trastornos alimenticios

En el tratamiento de la anorexia nerviosa se utiliza un procedimiento multimodal con un programa de intervención que corrige las áreas afectadas: peso, figura y cognición.

Los tratamientos pueden requerir hospitalización o ser de tipo ambulatorio.

Para la anorexia nerviosa, Jarne y Talam (2000) sugieren trabajar en los siguientes aspectos:

- Recuperación del peso: la rehabilitación nutricional y la regulación dietética corrigen las secuelas físicas y psicológicas de la deficiente alimentación.
- Tratamiento dietético: no hay coincidencia en si la paciente anoréxica debe comenzar con una ingesta normal o se debe generar un aumento progresivo en la cantidad de calorías. A pesar del riesgo que conlleva iniciar con la alimentación normal, en la práctica no es frecuente que surjan complicaciones.
- Tratamiento psicológico: es la base de un eficaz programa para la anorexia nerviosa. Se ha visto que las intervenciones psicoterapéuticas son poco seguras en las etapas más graves de la enfermedad, ya que los pacientes se muestran extremadamente renuentes, por lo que se emplean cuando la persona ha recuperado un determinado peso. La psicoterapia de refuerzo, las técnicas de relajación y las sesiones psicoeducativas proporcionarán que el paciente no vea el programa conductual como exageradamente

restrictivo. Por otro lado, se ha expuesto que la terapia cognitivo-conductual es la más efectiva en el tratamiento de la anorexia nerviosa.

- Tratamiento farmacológico: los medicamentos están señalados como ayudantes de las técnicas psicológicas y como tratamiento de la psicopatología relacionada, principalmente la depresión.
- Terapia familiar: es de vital importancia que la familia se involucre en los programas de tratamiento, tanto en el ambulatorio como en el hospitalario. La familia debe poseer una información completa acerca de la enfermedad, sus complicaciones físicas y los riesgos de algunas conductas de los pacientes. También debe organizarse para vigilar y controlar las conductas relacionadas con la alimentación.

Las situaciones en las que se recomienda hospitalización, según Jarne y Talam (2000), son:

- Complicaciones físicas.
- Pérdida de peso.
- Dificultades psíquicas.
- Alteraciones en las relaciones familiares.
- Mal resultado al tratamiento ambulatorio.
- Tratamiento en hospitales de día.

Los objetivos para el tratamiento de la bulimia nerviosa (Jarne y Talarn; 2000) incluyen:

- Restablecimiento de pautas nutricionales normales.
- Recuperación física: estabilización del peso, rehidratación y regulación electrolítica, así como la corrección de irregularidades físicas.
- Normalización del estado mental: mejorar el estado de ánimo, tratar probables trastornos de la personalidad, eludir el abuso de sustancias y corregir el estilo incorrecto de pensamiento.
- Restablecer relaciones familiares adecuadas: incrementar la participación, aumentar la comunicación entre los miembros, restituir pautas y roles, y salir de los sentimientos de fracaso.
- Enmendar las pautas de interacción social afectadas: aceptar la enfermedad, afrontar los fracasos, admitir la responsabilidad, derrotar la impotencia y no buscar marcos sociales ofensivos.

El modelo cognitivo conductual es el más utilizado para el tratamiento de la bulimia nerviosa, el cual sugiere una relación entre pensamiento, emoción y comportamiento manifiesto. El paciente realiza un análisis de la validez de sus creencias en el presente (Rausch; 1997).

Para cerrar el capítulo es necesario resaltar que la comunicación y la confianza en la familia son vitales para la salud emocional de todos los seres humanos. Cualquier

problema tiene solución cuando se expresa y se comparte a tiempo con la persona adecuada.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

El presente capítulo está dividido en dos partes. En la primera se muestra la metodología que permitió la consecución de los objetivos del estudio y también corroborar una de las dos hipótesis. En la segunda parte se expondrá el análisis y la interpretación de resultados de los hallazgos de campo observados.

3.1 Descripción metodológica

En este apartado se indica el tipo de enfoque empleado, el diseño, la extensión temporal y el alcance de la investigación.

3.1.1 Enfoque cuantitativo

A través de la historia de la investigación se han presentado dos enfoques: el cuantitativo y el cualitativo; ambos utilizan procesos cuidadosos, metódicos y empíricos para generar conocimiento y emplean cinco etapas similares relacionadas entre sí, las cuales son:

- “Llevan a cabo la observación y evaluación de fenómenos.
- Establecen suposiciones o ideas como consecuencia de la observación y evaluación realizadas.

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

En el presente estudio se utilizó el enfoque cuantitativo, que se distingue por usar la recolección de datos para comprobar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para crear pautas de comportamiento y probar teorías.

De acuerdo con Hernández y cols. (2010), el enfoque mencionado tiene las siguientes características:

- El planteamiento del problema es delimitado y concreto; sus preguntas de investigación tratan sobre cuestiones específicas.
- Una vez planteado el problema de estudio, se revisa la literatura sobre lo que se ha investigado anteriormente y se construye un marco teórico, del cual surgen las hipótesis que se someten a prueba a partir del empleo de los diseños de investigación apropiados.
- Recolección de los datos a través de procedimientos estandarizados.
- Los datos se examinan a través de métodos estadísticos.

- El análisis cuantitativo se interpreta a partir de las hipótesis y de la teoría.
- En la investigación cuantitativa se intenta generalizar los resultados encontrados en un grupo a una colectividad mayor.
- Para este enfoque, si se realiza estrictamente el proceso y de acuerdo con ciertas reglas lógicas, los datos obtenidos conservan los estándares de validez y confiabilidad, y las conclusiones derivadas facilitarán la generación de conocimiento.

3.1.2 Investigación no experimental

La presente investigación es no experimental debido a que el estudio se realizó sin la manipulación intencional de las variables y únicamente se observaron los fenómenos en su contexto natural para después analizarlos (Hernández y cols.; 2010).

En esta investigación no se creó ninguna situación, sino que se observaron las ya existentes, por lo que no fueron provocadas deliberadamente por la investigadora; aquí la variable independiente se presentó previamente y no fue posible controlarla porque ya se había presentado, al igual que sus efectos.

El caso contrario ocurre en un estudio experimental en el cual se construye una situación a la que son expuestos varios individuos, para después evaluar los resultados (Hernández y cols.; 2010).

3.1.3 Diseño transversal

El tipo de diseño transversal se caracteriza por “recolectar datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado” (Hernández y cols.; 2010: 151).

En la investigación referida, se empleó este diseño porque los datos se recopilaron en un momento único. La intención era describir las variables y analizar su incidencia y correspondencia mutua en un tiempo específico. Fue como tomar una fotografía de lo que sucedió.

3.1.4 Alcance correlacional

La finalidad del estudio fue conocer la relación o grado de asociación que se presenta entre el nivel de autoestima y los trastornos alimentarios en los alumnos de la Escuela Preparatoria Licenciado Eduardo Ruiz (EPLER). Por lo que se hizo una medición de cada una de las variables para después cuantificarlas y analizar la vinculación.

La utilidad primordial de este tipo de estudios es saber cómo se puede manifestar un concepto o una variable al conocer el comportamiento de otras que se encuentren relacionadas. Es decir, intentar predecir el resultado que tendrá un grupo de sujetos o casos en una variable, a raíz del valor que conservan en la o las variables vinculadas (Hernández y cols.; 2010).

La correlación puede ser positiva o negativa. En la primera situación, significa que alumnos con valores altos en el nivel de autoestima también mostrarán resultados elevados en los trastornos alimentarios, y viceversa; pero si es negativa, expresa que los individuos con valores superiores en una variable tenderán a mostrar valores inferiores en la otra.

De lo contrario, si no existe correlación entre el nivel de autoestima y los trastornos alimentarios, se indica que estas variables cambian sin seguir un patrón sistemático entre sí. De esta manera, se pueden encontrar alumnos que obtengan valores altos en una variable y bajos en la otra, individuos que tengan resultados superiores en ambas variables, alumnos con valores inferiores en las dos variables, o bien, con resultados medios.

3.1.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Las técnicas para la recopilación de los datos son las estrategias concretas para la obtención de la información específica de la población a investigar.

Las técnicas nacen del planteamiento metodológico y marcan un procedimiento particular a seguir en la interacción con los sujetos integrantes del grupo (Hernández y cols.; 2010).

Las técnicas cuantitativas son las que utilizan mediciones numéricas para representar los fenómenos de estudio. Entre ellas se encuentran los cuestionarios, las encuestas, las pruebas psicométricas y las escalas de actitudes.

Según Hernández y cols. (2010) los tests psicométricos son herramientas estandarizadas con base en investigaciones estadísticas que garantizan la confiabilidad y validez en la medición, necesarias para la validación del proceso de investigación.

El empleo de los tests psicométricos obedece a varias razones, como el tiempo, la facilidad, la confiabilidad y la utilidad.

De acuerdo con Hernández y cols. (2010) los tests presentan las siguientes características:

- Confiabilidad: brinda la certeza de que mide un fenómeno constante a través del tiempo y no un factor temporal o del momento.
- Validez: demuestra que evalúa efectivamente lo que pretende medir y no otra característica.
- Estandarización: garantiza que la medición surge en función de un parámetro análogo y no con base en criterios arbitrarios.

Las pruebas psicométricas que se usaron en la presente investigación tienen su propio procedimiento de aplicación, codificación e interpretación, y se encuentran al alcance en distintas fuentes secundarias y terciarias, así como en centros de investigación y propagación del conocimiento. Por ello, se utilizaron como instrumentos de medición las dos pruebas estandarizadas que a continuación se describen:

En primer lugar, para la variable independiente se utilizó el Inventario de Autoestima, elaborado por Stanley Coopersmith y fue adaptado por el Dr. Prewitt-Díaz en 1984. El test presenta una confiabilidad de 0.88 y se estandarizó con adolescentes y jóvenes universitarios en Chile en el año de 1984, con baremos en puntaje T (Brinkmann y cols.; 1989).

Esta escala está compuesta por 58 reactivos, los cuales son útiles para valorar el nivel de autoestima en adolescentes y jóvenes. Se divide en escalas de autoestima general, autoestima social, autoestima escolar-académica, autoestima familiar (en relación al hogar) y una escala para descubrir la mentira. Este instrumento se puede aplicar de manera individual o grupal (Brinkmann y cols.; 1989).

- 1) La subescala de autoestima general se compone de 26 reactivos y trata acerca del concepto que presenta el joven de sí mismo.
- 2) La subescala de autoestima social está formada por ocho reactivos que manifiestan la preocupación de lo que otras personas piensan del sujeto evaluado.

- 3) La subescala de autoestima escolar-académica consta de ocho reactivos, que se refieren a pensamientos que el alumno percibe en función del rendimiento que presenta en el área educativa.
- 4) La subescala de autoestima familiar está compuesta por ocho reactivos que reflejan la apreciación que se tiene en las relaciones y funciones del hogar.
- 5) Por último, la subescala de mentira está constituida por ocho reactivos que facilitan la detección de la conformidad o la falsificación deliberada de respuestas.

Como segundo instrumento de medición, se empleó para la variable trastornos alimentarios la prueba Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) de David M. Garner (1998).

La escala EDI-2 es aplicable para personas con una edad de 11 años en adelante. Para la estandarización de la prueba mencionada, se efectuaron varios procesos en diferentes grupos, tanto en sujetos con bulimia y anorexia nerviosa como en individuos que no padecen de dichos trastornos. En este estudio se utilizó el baremo conseguido en la aplicación a varones y mujeres adolescentes sin trastornos alimentarios.

La presente prueba cuenta con una confiabilidad de 0.83 en el procedimiento alfa de Crobach y validez de contenido concurrente, de criterio y de constructo.

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

3.2 Descripción de la población y muestra

En este apartado se explica la descripción de la población, así como el proceso de selección de la muestra para la recolección de los datos.

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).

Para la investigación citada, la población que se estudió estuvo conformada por los estudiantes de la EPLER. La institución atiende a 1340 alumnos entre los 15 y los 18 años de edad. Los estudiantes provienen de familias con un nivel socioeconómico medio y medio-bajo.

3.2.2 Descripción del proceso de muestreo

En el presente estudio se estableció una muestra de 100 alumnos de la población arriba indicada. La muestra se define como un subgrupo de la población, de la cual debe ser representativa. Según Hernández y cols. (2010) las muestras se clasifican en dos grandes ramas: las no probabilísticas y las probabilísticas.

En las muestras probabilísticas, todos los elementos de la población tienen la misma posibilidad de ser elegidos y esto se hace a través de una definición muy específica de la población y una selección aleatoria de las unidades de análisis. Las muestras no probabilísticas son aquellas en las que la elección de los individuos o unidades de análisis no dependen del azar, sino de las características de la investigación, de la intención del investigador o de circunstancias externas al proceso.

La muestra que se tomó para la indagación referida, fue no probabilística e intencional; se integró por alumnos que cursan el primer semestre del ciclo escolar 2013-2014, en el turno vespertino. Se eligió a 40 estudiantes de la sección 22, 40 de la sección 24 y 20 de la sección 28, en total fueron 59 mujeres y 41 hombres.

3.3 Descripción del proceso de investigación

Inicialmente, resulta importante mencionar la razón por la que se eligieron las variables de autoestima y trastornos alimentarios para trabajar en la presente investigación; la elección de la variable autoestima fue debido a que representa un área determinante de la personalidad del ser humano, y se decidió correlacionar con los trastornos alimentarios porque se ha visto actualmente un incremento en este tipo

de padecimientos; fue a partir de estas razones que surgió el planteamiento del problema.

Posteriormente, se realizó una revisión de la literatura acerca de la autoestima para la elaboración del marco teórico, que constituyó el capítulo 1. Después, se redactó el capítulo 2 donde se describió la información que se ha investigado acerca de los trastornos alimentarios.

Para llegar a la población de estudio, se solicitó el permiso del director de la EPLER, quien autorizó que se llevara a cabo la investigación.

Enseguida, se inició con la aplicación de manera colectiva de la prueba “Inventario de Autoestima de Coopersmith”; al terminar este test, continuaban con el segundo instrumento, llamado EDI-2. La aplicación se efectuó en dos días durante las horas de clase de los alumnos, cabe mencionar que ellos contestaron los test con interés y en silencio.

Una vez terminada la aplicación de las pruebas psicométricas, se procedió con la calificación de las hojas de respuesta de ambos instrumentos; para el Inventario de Autoestima de Coopersmith se utilizó la pauta de corrección y normas (Puntajes T); y para el EDI-2 se empleó una plantilla de calificación y dos tablas de baremos españoles (una para los varones y otra para las mujeres). Este proceso para la calificación de los dos tests se llevó a cabo durante tres días.

Para el registro de los resultados, los datos se vaciaron en una hoja de cálculo que contenía el nombre del sujeto evaluado, los puntajes de cada una de las escalas del inventario de autoestima y de las 11 escalas del EDI-2.

A partir de los datos obtenidos, se continuó con el análisis estadístico de la información y con la interpretación de resultados que se presentan en el siguiente apartado.

3.4 Análisis e interpretación de resultados

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

3.4.1 El nivel de autoestima en los alumnos de la EPLER

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

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

La media en el nivel de autoestima general fue de 45. La media es la suma de un conjunto de datos, dividida entre el número de medidas (Elorza; 2007).

De igual modo se obtuvo la mediana, que según Elorza (2007), es el valor medio de un conjunto de valores ordenados: el punto abajo y arriba del cual cae un número igual de medidas. Este valor fue de 46.

De acuerdo con este mismo autor, la moda es la medida que ocurre con más frecuencia en un conjunto de observaciones. En cuanto a esta escala, la moda fue de 46.

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

Por otra parte, se obtuvo el resultado estadístico de la subescala de autoestima social, encontrando una media de 52, una mediana de 50 y una moda representativa de 56. La desviación estándar fue de 9.

Asimismo, en la escala de autoestima escolar se encontró una media de 54, una mediana de 57 y una moda de 65. La desviación estándar fue de 12.

Adicionalmente, en la escala de autoestima en el hogar se obtuvo una media de 45, una mediana de 47 y una moda de 47. La desviación estándar fue de 11.

Finalmente, se obtuvo el puntaje de autoestima total, encontrándose una media de 46, una mediana de 47, una moda de 54 y una desviación estándar de 11.

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

A partir de los resultados estadísticos obtenidos mediante la aplicación del instrumento, se puede interpretar que la autoestima de los sujetos evaluados se encuentra en un nivel normal. La desviación estándar indica que los datos son heterogéneos, es decir, se muestran algunas variaciones con respecto al promedio del grupo.

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

En la escala de autoestima general, el 25% de los sujetos se ubica por debajo del puntaje crítico; en la subescala de autoestima social el porcentaje es de 14%; mientras que en la de autoestima escolar es de 14%; el porcentaje en la subescala de autoestima en el hogar es de 30%; finalmente el porcentaje de sujetos con nivel bajo de autoestima total es de 27%. Estos resultados se aprecian de manera gráfica en el anexo 2.

Los resultados mencionados anteriormente demuestran que hay un porcentaje significativo de alumnos que presentan una baja autoestima, es decir, un estudiante de cada cuatro.

3.4.2. Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos de la EPLER

De acuerdo con el DSM IV-TR (APA; 2002), los trastornos alimentarios se destacan por cambios graves en la alimentación, que repercuten en la salud física y psicológica de la persona que los padece.

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 63, una mediana de 69, una moda de 48 y una desviación estándar de 24.
- 2) Asimismo, en la escala de bulimia se obtuvo una media de 63, una mediana de 54, una moda de 47 y una desviación estándar de 19.
- 3) De igual manera, en la escala de insatisfacción corporal se encontró una media de 62, una mediana de 63, una moda de 75 y una desviación estándar de 21.
- 4) Además de ello, en la escala de ineficacia se detectó una media de 64, una mediana de 67 y una moda de 31. La desviación estándar fue de 25.

- 5) Cabe mencionar que en la escala de perfeccionismo se obtuvo una media de 59, una mediana de 58, una moda de 58 y una desviación estándar de 25.
- 6) Asimismo, en la escala de desconfianza interpersonal se encontró una media de 71, una mediana de 80, una moda de 82 y una desviación estándar de 24.
- 7) Del mismo modo, en la escala de conciencia introceptiva se determinó una media de 59, una mediana de 66 y una moda de 21. La desviación estándar fue de 29.
- 8) Por otra parte, en la escala de miedo a la madurez se identificó una media de 64, una mediana de 72, una moda de 72 y una desviación estándar de 24.
- 9) A la vez, en la escala de ascetismo se obtuvo una media de 54, una mediana de 51 y una moda de 22. La desviación estándar fue de 27.
- 10) Adicionalmente, en la escala de impulsividad se encontró una media de 57, una mediana de 57, una moda de 14 y una desviación estándar de 27.
- 11) Por último, en la escala de inseguridad social se detectó una media de 70, una mediana de 78, una moda de 57 y una desviación estándar de 24.

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

Además de presentar los datos de las medidas de tendencia central y desviación estándar, a continuación se indican los porcentajes de los sujetos que

obtuvieron puntajes altos en cada escala, esto es, por arriba del percentil 70. Así, se ubicarán las escalas en las que hay mayor incidencia de casos preocupantes sobre el problema de trastornos alimentarios.

En la escala de obsesión por la delgadez, el 45% de sujetos se encuentra por arriba del percentil crítico; en la escala de bulimia, el porcentaje fue de 33%; en la insatisfacción corporal, el 35%; en la de ineficacia, el 40%; en la de perfeccionismo, el 33%; en la que respecta a la desconfianza interpersonal, el 64%; en la de conciencia introceptiva, 40%; respecto a la de miedo a la madurez, 51%; en la de ascetismo, 30%; en la de impulsividad, 34% y finalmente, en la escala de inseguridad social, el 52%. Estos datos se pueden observar gráficamente en el anexo 4.

En función de los datos anteriores, se puede afirmar que los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en esta muestra, se encuentran por lo general en un nivel normal, si bien resultan de especial atención las escalas de desconfianza interpersonal, miedo a la madurez e inseguridad social, debido a que fueron áreas donde se presentaron más casos preocupantes. Las desviaciones estándar de las distintas subescalas son relativamente amplias, lo que indica que los datos obtenidos son heterogéneos y tienden a alejarse de la media del grupo.

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

Diversos autores han afirmado la relación que existe entre los trastornos alimentarios y la autoestima. A este respecto, según Costin (2003), los parámetros de la sociedad para la autoestima de la mujer están ligados a factores externos como la imagen o apariencia física, la aprobación de los demás y el cumplimiento de expectativas, de aquí que se concentre en el peso como el área de triunfo y aceptación.

Cabe mencionar que la sensación de baja autoestima surge a partir de juzgarse a sí misma desde lo que los demás consideran importante, y para incrementar la autoestima, el peso y la figura son objeto de preocupación.

En la investigación realizada en los estudiantes del primer semestre de la EPLER, se encontraron los siguientes resultados:

Entre el nivel de autoestima y la escala de obsesión por la delgadez existe un coeficiente de correlación de -0.22, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre dichos atributos existe una correlación negativa débil, de acuerdo con la clasificación de correlación que proponen Hernández y cols. (2010).

Para conocer la relación que existe entre el nivel de autoestima y la escala de referida, se obtuvo la varianza de factores comunes (r^2), con base en la cual se indica mediante un porcentaje, 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 0.05, lo que significa que entre la autoestima y la obsesión por la delgadez hay una relación del 5%.

Por otra parte, entre el nivel de autoestima y la escala de bulimia existe un coeficiente de correlación de -0.28, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre estas variables existe una correlación negativa débil.

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

Adicionalmente, entre la autoestima y la escala de insatisfacción corporal se encontró una correlación de -0.23, que se considera como negativa débil.

La varianza de factores comunes fue de 0.05, lo que implica un porcentaje de relación del 5% entre la autoestima y la escala de insatisfacción corporal.

Entre la autoestima y la escala de ineficacia se encontró una correlación del -0.63, por lo que se puede afirmar que entre estas características hay una correlación negativa fuerte.

Al obtener la varianza de factores comunes se encontró un puntaje de 0.40, lo que implica una relación del 40% entre variables.

Entre la autoestima y la escala de perfeccionismo se encontró una correlación del -0.16, por lo que se puede afirmar que entre los atributos indicados hay una correlación negativa débil.

Al obtener la varianza de factores comunes se encontró un puntaje de 0.02, lo que implica una relación del 2% entre estas variables.

Entre la autoestima y la escala de la desconfianza interpersonal se encontró una correlación del -0.39, por lo que se puede afirmar que entre la autoestima y esta escala hay una correlación negativa media.

Al obtener la varianza de factores comunes se encontró un puntaje de 0.15, lo que implica una relación del 15% entre dichas variables.

Entre la autoestima y la escala de conciencia introceptiva se encontró una correlación del -0.39, por lo que se puede afirmar que mantienen una correlación negativa media.

La varianza de factores comunes tuvo un puntaje de 0.16, lo que implica una relación del 16% entre las variables.

Entre la autoestima y la escala de miedo a la madurez se encontró una correlación del -0.14, por lo que se puede afirmar que entre la autoestima y esta escala hay una correlación negativa débil.

Al calcular la varianza de factores comunes se cuantificó un puntaje de 0.02, lo que implica una relación del 2% entre las variables citadas.

Entre la autoestima y la escala de ascetismo se encontró una correlación del -0.22, por lo que se puede afirmar que entre estos atributos hay una correlación negativa débil.

Mediante la varianza de factores comunes se encontró un puntaje de 0.05, lo que implica una relación del 5% entre las variables en cuestión.

Entre la autoestima y la escala de impulsividad se encontró una correlación del -0.34, por lo que se puede afirmar que entre la autoestima y dicha escala hay una correlación negativa media.

Al obtener la varianza de factores comunes se encontró un puntaje de 0.11, lo que conlleva una relación del 11% entre estas variables.

Entre la autoestima y la escala de inseguridad social se encontró una correlación del -0.47, por lo que se puede afirmar que tienen una correlación negativa media.

Al obtener la varianza de factores comunes se encontró un puntaje de 0.22, lo que indica una relación del 22% entre las variables.

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

En función de lo anterior, se puede afirmar que el nivel de autoestima se relaciona de forma significativa con las escalas de: ineficacia, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, impulsividad e inseguridad social. En contraparte, no se encontró una relación significativa entre el nivel de autoestima y las escalas de: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, perfeccionismo, miedo a la madurez y ascetismo.

En función de los resultados presentados, se confirma la hipótesis de trabajo, la cual afirma que existe una relación significativa entre el nivel de autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos de la EPLER, para cinco de las subescalas; sin embargo, para el resto se confirma la hipótesis nula.

CONCLUSIONES

Este último apartado refiere los aspectos que fueron cubiertos en el presente estudio.

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

A su vez, el objetivo empírico referido a la evaluación de tal variable en la muestra de alumnos de la EPLER, se logró mediante la administración de la prueba denominada Inventario de Autoestima de Coopersmith. Los resultados obtenidos se muestran en detalle en el capítulo número 3.

Por otra parte, en el capítulo número 2 se da cuenta de los objetivos particulares de carácter teórico, concernientes a la segunda variable del presente estudio, es decir, a los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.

Asimismo, el objetivo particular referido a la medición de esta variable en sus diferentes subescalas, se muestra detalladamente en el capítulo 3, donde se exponen los resultados estadísticos en cuanto a las medidas de tendencia central y la desviación estándar.

La consecución de los objetivos anteriores permitió alcanzar con suficiencia el objetivo general que guió la presente indagación, es decir, establecer la relación que existe entre el nivel de autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos de la Escuela Preparatoria Licenciado Eduardo Ruiz.

Con los resultados alcanzados, se corrobora la hipótesis de trabajo en los casos de la correlación entre el nivel de autoestima y las escalas de ineficacia, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, impulsividad e inseguridad social. En contraparte, se corrobora la hipótesis nula en los casos de la correlación entre el nivel de autoestima y las subescalas de obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, perfeccionismo, miedo a la madurez y ascetismo.

Como aspecto relevante en cuanto a los hallazgos logrados, se puede mencionar que se presentó una correlación significativamente alta entre el nivel de autoestima y la subescala de ineficacia. Además de ello, se observó un porcentaje preocupantemente alto en la subescala de desconfianza interpersonal a partir de la aplicación de la prueba EDI-2.

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

BIBLIOGRAFÍA

- Ajuriaguerra, J. (1973)
Manual de psiquiatría infantil.
Editorial Masson. Barcelona.
- Alcántara, José Antonio. (1990)
Cómo educar la autoestima.
Ediciones CEAC. Barcelona, España.
- American Psychiatric Association (APA). (2002)
DSM IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
Editorial Masson. Barcelona.
- Belloch, Amparo; Sandín, Bonifacio; Ramos, Francisco. (1995)
Manual de psicopatología.
Editorial McGraw-Hill. España.
- Branden, Nathaniel. (2008)
La psicología de la autoestima.
Editorial Paidós Mexicana. México, D.F.
- Branden, Nathaniel. (2010)
La autoestima de la mujer.
Editorial Paidós Mexicana. México, D.F.
- Branden, Nathaniel (2011).
Los seis pilares de la autoestima.
Editorial Paidós Mexicana. México, D.F.
- Butcher, James; Mineka, Susan; Hooley, Jill. (2007)
Psicología clínica.
Editorial PEARSON. España.
- Carrión López, Salvador. (2007)
Autoestima y desarrollo personal con PNL.
Ediciones Obelisco. Barcelona, España.
- Castillo S., María Dolores; León E., María Teresa. (2005)
Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia y bulimia nerviosa.
Editorial Formación Alcalá, S.L. España.
- Clark, Amina; Clemen, Harris; Bean, Reynold. (2000)
Cómo desarrollar la autoestima en los adolescentes.
Editorial Debate. Madrid, España.

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

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

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

García Carapia, Claudia Araceli. (2012)
Nivel de autoestima en los estudiantes obesos de educación media, caso Escuela Secundaria Federal No. 2, de Uruapan, Michoacán.
Tesis inédita de la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C. Uruapan, Michoacán, México.

Garner, David M. (1998)
Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2).
TEA Ediciones. S.A. Madrid.

González-Arriata López Fuentes, Norma Ivonne. (2001)
Autoestima, medición y estrategias de intervención a través de una experiencia en la reconstrucción del ser.
Universidad Autónoma del estado de México. Toluca, México.

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

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

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

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

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

Rangel Aguilar, Nayeli Margarita. (2011)
El estrés y su relación con los factores psicológicos asociados a los trastornos alimenticios en adolescentes.
Tesis inédita de la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C.
Uruapan, Michoacán, México.

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.

MESOGRAFÍA

Moreno González, Miriam Angélica; Ortiz Viveros, Godeleva Rosa. (2009)
“Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes”.

Universidad Veracruzana, México.

TERAPIA PSICOLÓGICA 2009, Vol. 27, N°2, 181-190.

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082009000200004&script=sci_arttext

Brinkmann Sch., Hellmut; Segure M., Teresa; Solar R., María Inés. (1989)

Adaptación, Estandarización y Elaboración de Normas para el Inventario de Autoestima de Coopersmith.

Versión en Español por el Dr. Prewitt-Díaz de la Pennsylvania State University.

Revista Chilena de Psicología. Vol. 10. No. 1.

http://www2.udec.cl/~hbrinkma/articulo_coopersmith.pdf

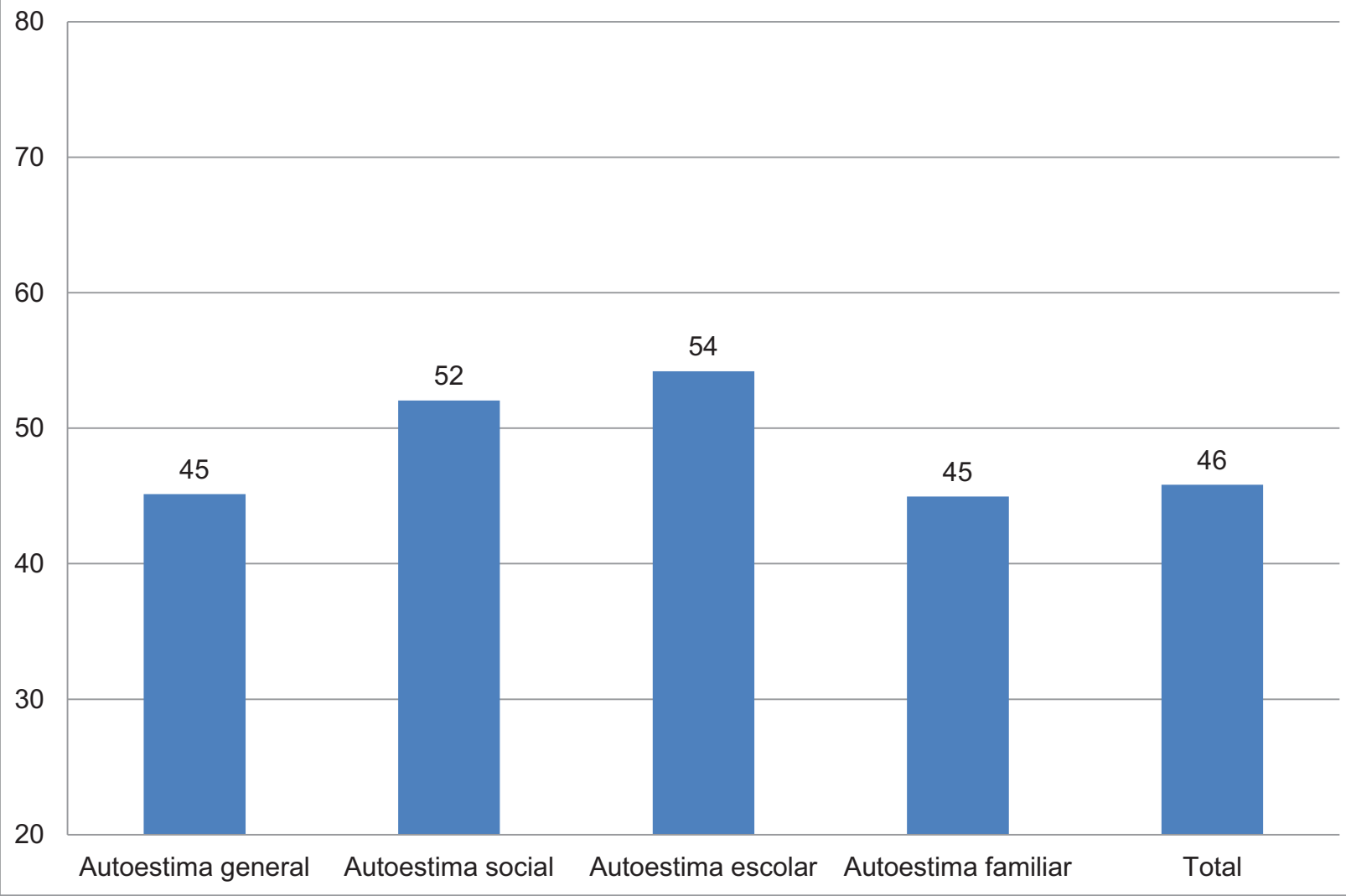
Zagalaz Sánchez, Ma. Luisa; Romero Granados Santiago; Contreras Jordán Onofre R. (2002).

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

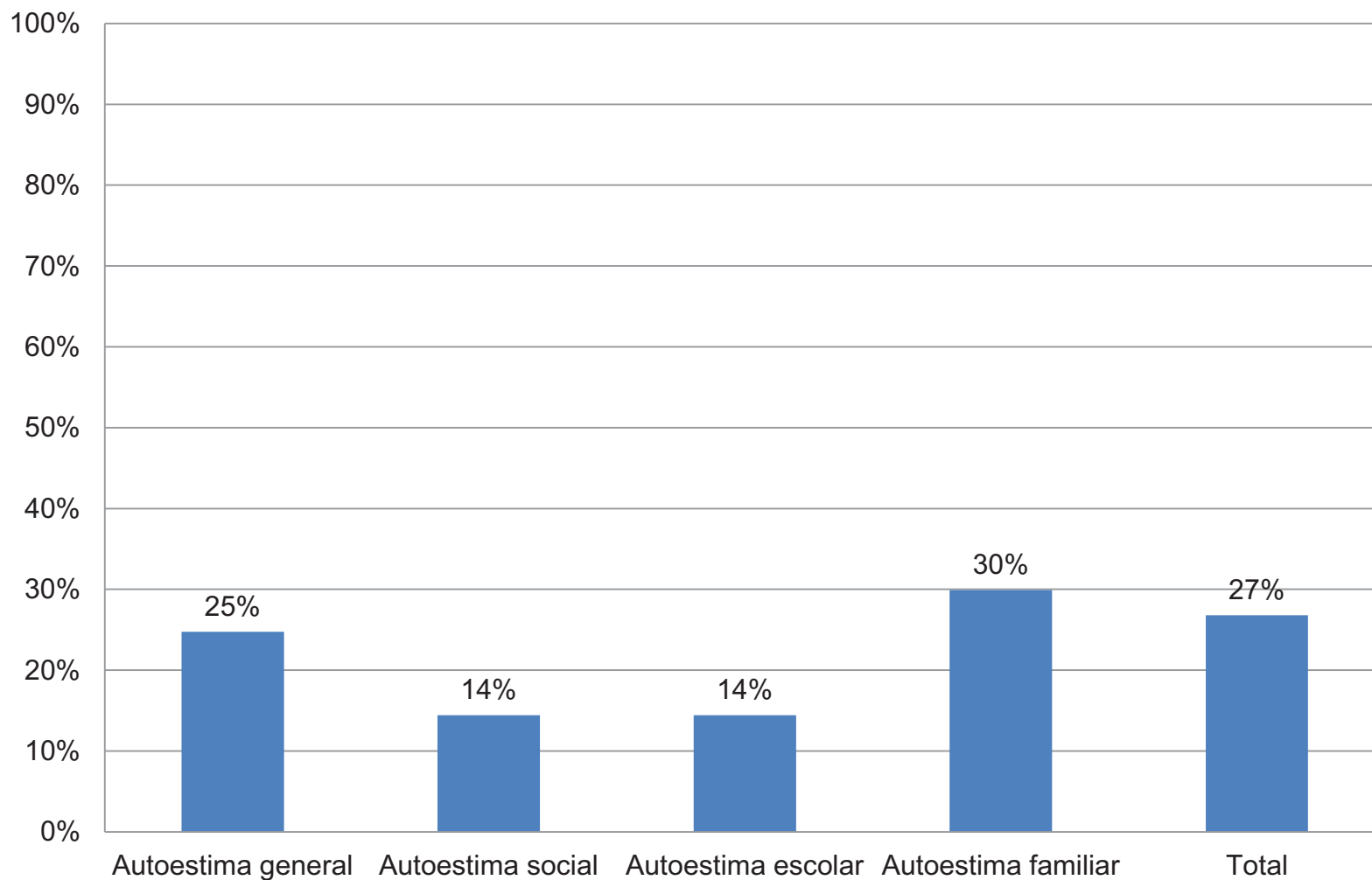
OEI-Revista Iberoamericana de Educación (ISSN: 1681-5653).

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

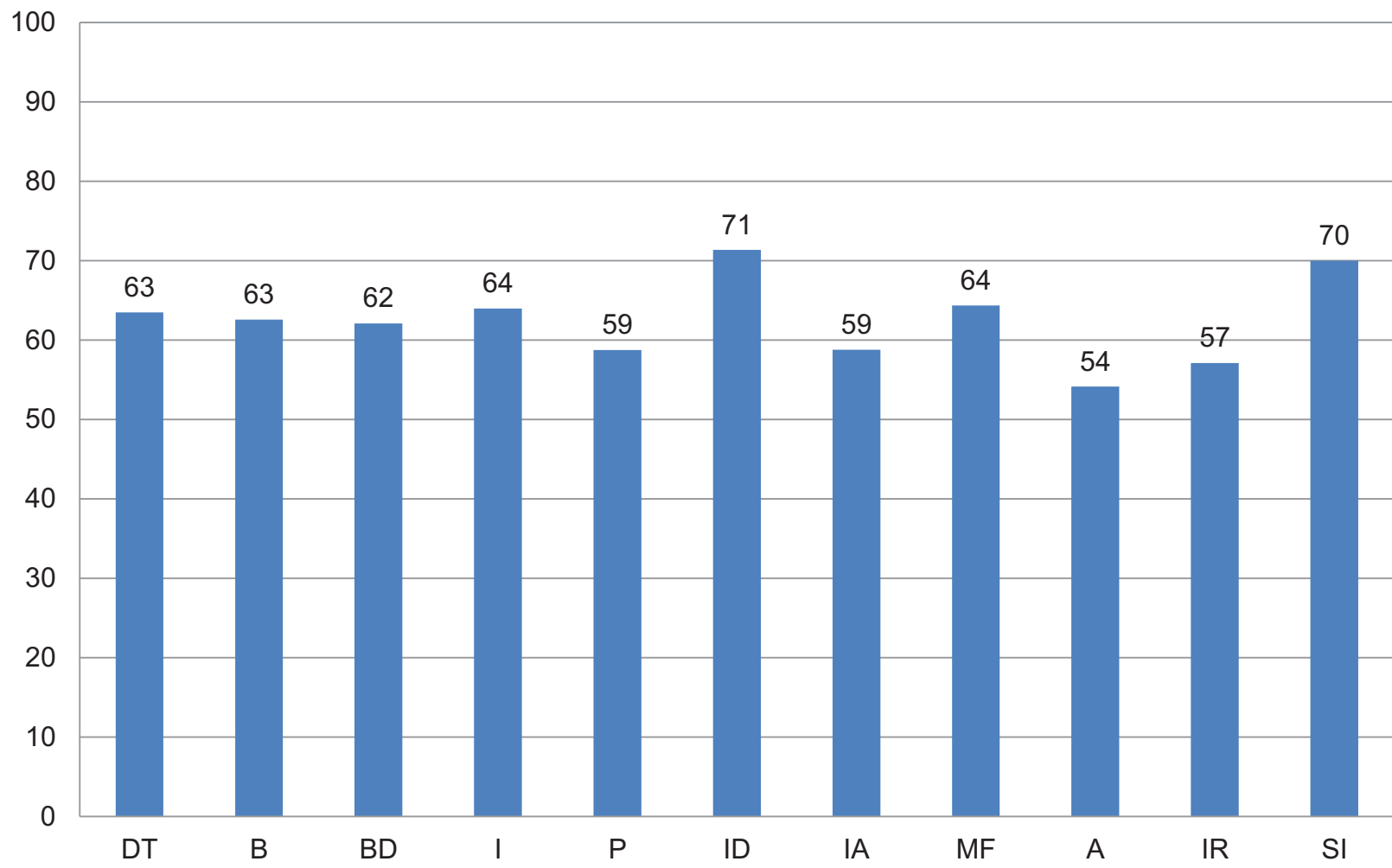
ANEXO 1
Media aritmética de las escalas de autoestima



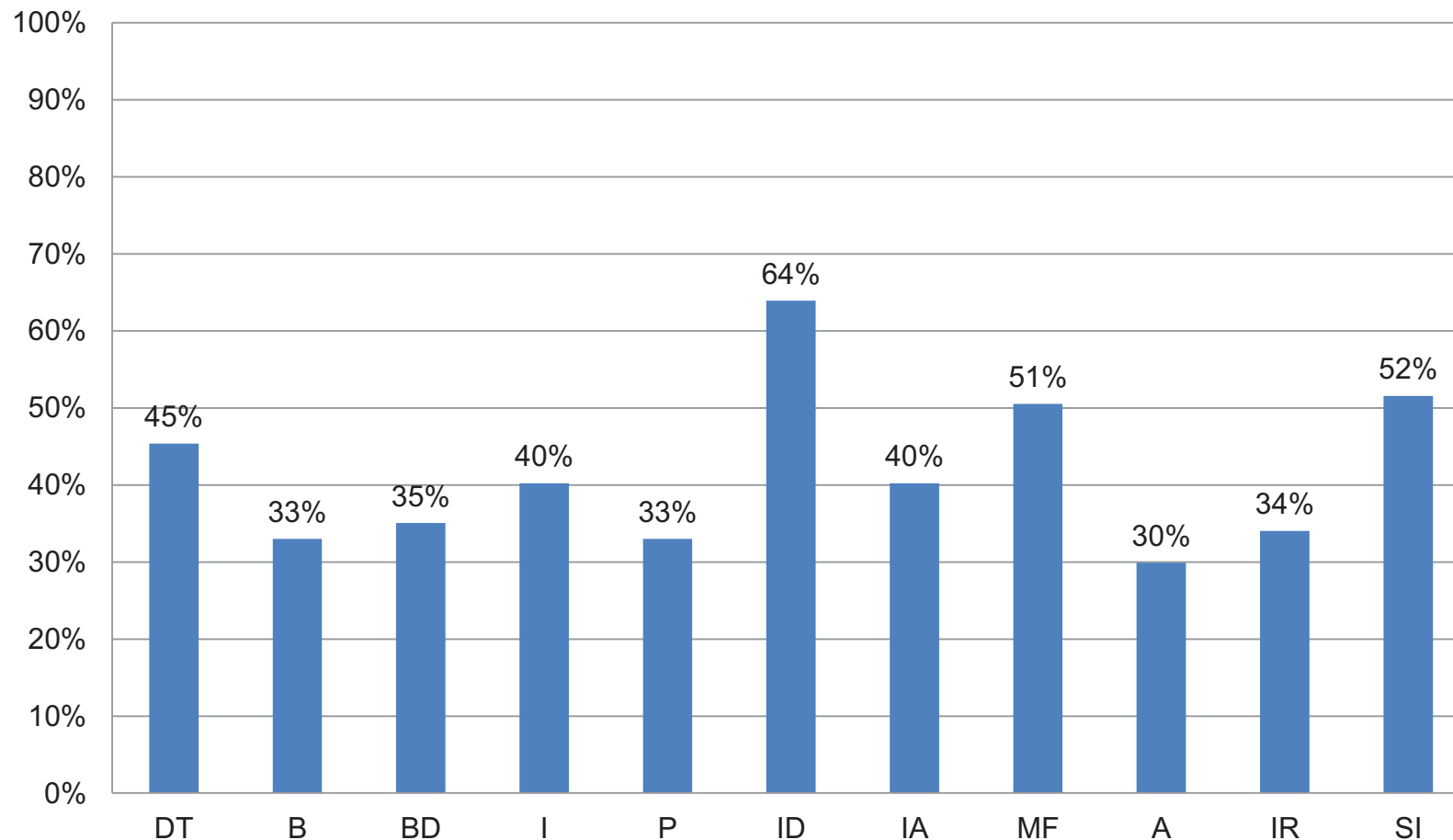
ANEXO 2
Porcentaje de sujetos con puntajes preocupantes de las escalas de autoestima



ANEXO 3
Media aritmética de las escalas de trastornos alimentarios



ANEXO 4
Porcentaje de sujetos con puntajes preocupantes de las escalas de trastornos alimentarios



ANEXO 5
Correlación entre el nivel de autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios

